DOCUMENT RESUME

ED 330 835 CE 057 543

TITLE Caregivers' Practical Help. A Six Session Course for Informal Caregivers = Ayuda Practica para las Personas Que Cuidan a Envejecientes. Curso de Seis Sesiones para las Personas Que Informalmente Cuidan a Envejecientes.

INSTITUTION New York State Office for the Aging, Albany.

PUB DATE 88

NOTE 189p.; For a related document, see CE 057 545.

PUB TYPE Multilingual/Bilingual Materials (171) -- Guides - Non-Classroom Use (055)

LANGUAGE English; Spanish

EDRS PRICE MF01/PC08 Plus Postage.

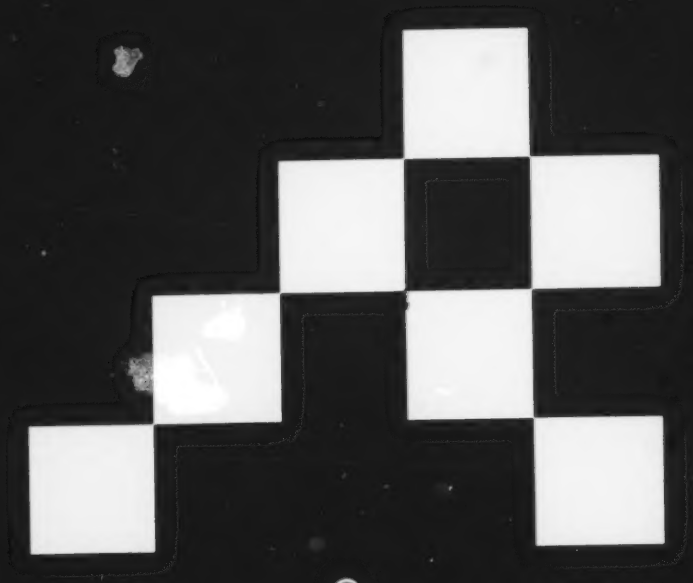
DESCRIPTORS *Aging (Individuals); Community Information Services; *Family Caregivers; Health Conditions; Hygiene; Mental Health; *Older Adults; Patients; *Self Care Skills; Social Networks; Social Support Groups; Spanish; *Special Health Problems; Stress Management

ABSTRACT

This document is a six-session course designed for those individuals who provide care to their homebound elderly relatives and friends and who need practical information and skills to support their caregiving role. The course helps caregivers identify and use community services. It provides an opportunity to acquire personal care skills and knowledge about the issues related to caregiving. The course is intended to reduce caregivers' stress, enables them to provide better care, and avoid the unnecessary institutionalization of their homebound elderly. It is also for the elderly who want to learn more about themselves, their peers, and the aging process. The course helps participants to: (1) increase their understanding and knowledge of the aging process; (2) understand the psychological and medical problems associated with aging; (3) acquire personal care skills; (4) identify and resolve common problems associated with caregiving; (5) acquire a knowledge of community resources and their function; and (6) develop and express ways to help themselves while helping their elderly relatives maintain active and productive lives. This course is divided into six 2-hour sessions: (1) the psychological aspects of caregiving; (2) medical problems of aging; (3) age-related changes in vision, hearing, and speech; (4) finding and using community resources; (5) personal care skills development for informal caregiver; and (6) assessing the situation--where do you go from here. Five appendices are included: a glossary of new terms; a home safety checklist; a care-receiver information page; a medication list; 17 suggested readings; and 102 resource organizations. (NLA)

****
* Reproductions supplied by EDRS are the best that can be made *
* from the original document. *
****

ED330835



Caregivers
Practical Help

U.S. DEPARTMENT OF EDUCATION
Office of Educational Research and Improvement
EDUCATIONAL RESOURCES INFORMATION CENTER (ERIC)

☑ This document has been reproduced as received from the person or organization originating it.

☐ Minor changes have been made to improve reproduction quality.

• Points of view or opinions stated in this document do not necessarily represent official OERI position or policy.

"PERMISSION TO REPRODUCE THIS MATERIAL HAS BEEN GRANTED BY

W Spellacy

TO THE EDUCATIONAL RESOURCES INFORMATION CENTER (ERIC)."

CE057543

NEW YORK STATE OFFICE FOR THE AGING

BEST COPY AVAILABLE

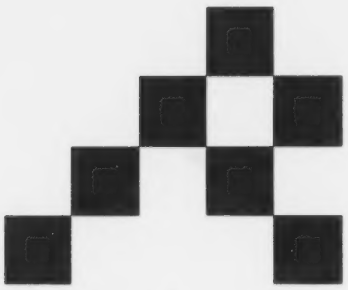
Permission is given for reproduction and distribution, without charge, of this document or sections of this document with credit to the New York State Office for the Aging.

Also available from the New York State Office for the Aging:

Instruction Guide for course leaders offering Caregivers Practical Help training programs. The guide also includes instructions for presenting a program to caregivers of Alzheimer's patients, using the manual **Caregivers Practical Help — Caring for Alzeimer's Patients.** This is a supplement to Caregivers Practical Help to assist those who care for patients with dementia related diseases.

Caregivers Practical Help and the **Instruction Guide** are also available in Spanish. To order publications write: Caregivers Practical Help, New York State Office for the Aging, P.O. Box 2041, Albany, NY 12220-2041.

CE



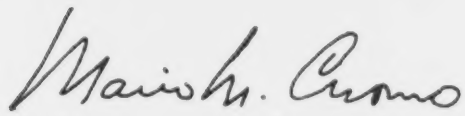
Caregivers
Practical Help

A Six Session Course for Informal Caregivers

New York State Office for the Aging
Mario M. Cuomo, Governor Eugene S. Callender, Director

Too often we limit our thinking about the State's role in human services to the direct care services it provides. We forget that most care for the dependent is given by families. Members of families naturally seek to help and care for each other.

Caregivers' Practical Help is a tool to help caregivers learn how to provide better and more efficient care. It is part of New York State's ongoing effort to support and improve health care for the State's elderly and a demonstration of our concern for New York's wonderful caregivers.

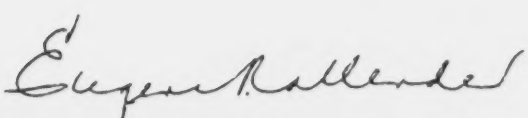


Mario M. Cuomo

This third edition of Caregivers Practical Help provides how-to information and resources for those who provide informal care to their homebound elderly. It also focuses on the physical and psychological aspects of aging and caregiving.

Such a wide range of problems can confront caregivers that special training to meet their needs is important for the well-being of both caregiver and care-receiver. Caregivers' Practical Help is a program designed to respond to those needs.

An informed caregiver is a better caregiver.



Eugene S. Callender

Acknowledgments

This revised Caregivers Practical Help was developed, produced and distributed by the New York State Office for the Aging with the support of many persons and organizations. At the State Office, William Spellecy, Project Coordinator, and Richard Wendover, Associate Public Information Specialist, were responsible for production and final editing.

In Buffalo, Colleen M. Karuza, MA, was copy editor, and Sara Palmisano typed the manuscript. The following revised sections of the curriculum: Arthur G. Cryns, Ph.D, Director, Carol A. Nowak, Ph.D and Gary C. Brice, ACSW, Associate Directors, and Alan T. Sturm, RNC, Geriatric Training Specialist, Multidisciplinary Center for the Study of Aging, State University of New York at Buffalo; Sandra Styles, RN, Vice-President, SPS Health Care, Inc., Buffalo, and the staff of the Erie County Department of Senior Services, Buffalo, New York.

Sydelle Brooks Levy, Ph.D, Director of Education and Training, the Lighthouse National Center for Vision and Aging, New York, New York wrote the section on Age-Related Changes in Vision (Session 3); Joseph P. Sonnenberg, MS, Licensed Speech-Language Pathologist, Buffalo Hearing and Speech Center, Buffalo, developed the section on Age Related Changes in Hearing and Speech (Session 3).

Primary Sources

Three publications were used as resources in developing the original curriculum and this revised version:
A Model Curriculum and Teaching Guide for the Instruction of the Homemaker-Home Health Aide, developed by the National Council for Homemaker-Home Health Aide Services, Inc., with a grant from the Department of Health and Human Services;
As Parents Grow Older — A Manual for Program Replication, developed by the Institute of Gerontology, University of Michigan, supported in part by a grant from the Administration on Aging;
A Healthy Old Age: A Sourcebook for Health Promotion with Older Adults, developed by the Center for Social Welfare Research, School of Social Work, University of Washington, with a grant from the Administration on Aging.

Using Caregivers' Practical Help

Caregivers Practical Help is a six session course developed by the New York State Office for the Aging. It is designed especially for those individuals who provide care to their homebound elderly relatives and friends and who need practical information and skills to support their caregiving role. The course helps caregivers identify and use community services. It provides an opportunity to acquire personal care skills and knowledge about the issues related to caregiving. It is the intent of the course to help reduce caregivers' stress, enable them to provide better care and avoid the unnecessary institutionalization of their homebound elderly. It is also written for the elderly who want to learn more about themselves, their peers, and the aging process.

Program Design

Objectives

The course is divided into six two-hour sessions. The overall objectives are to help participants:

- Increase their understanding and knowledge of the aging process.
- Understand the psychological and medical problems associated with aging.
- Acquire personal care skills.
- Identify and resolve common problems associated with caregiving.
- Acquire a greater knowledge of community resources and their function.
- Develop and express ways to help themselves while assisting their elderly relatives maintain active and productive lives. These objectives encompass the major theme of the entire program: namely, caring for frail older persons is a difficult endeavor requiring special skills and knowledge.

Program Content

Session 1 - The Psychological Aspects of Caregiving In this session, participants examine the psychological problems associated with caregiving. These include stress, burn- out, emotional exhaustion, depersonalization, and social withdrawal. A discussion of ways families can work together to relieve some of these problems is included.

Session 2 - Medical Problems of Aging Basic information is provided about common chronic illnesses which may accompany or intensify with age, such as cardiovascular disease and organic brain syndromes. The focus on health problems that are age-related is balanced by the presentation of facts which show that the majority of elderly remain active and well in their later years.

Session 3 - Age-Related Changes in Vision, Hearing and Speech This session discusses, in detail, the types of vision, hearing, and speech changes associated with aging. The problems of communication that arise from sensory loss and illness are also reviewed. Practical suggestions on how to deal with these problems are presented.

Session 4 - Finding and Using Community Resources Knowing when supportive services are needed and how to go about obtaining them is the focus of this session. Caregivers are provided with information concerning the availability of services within the local community. Pamphlets and brochures from local community agencies are provided for participants. Home service options for the frail elderly are discussed. Emphasis is placed on the complementary roles of the formal system and informal caregiver.

Session 5 - Personal Care Skill Development for the Informal Caregiver This session provides how-to advice and examples to use in helping the elderly with personal care and homemaker tasks. The emphasis is on increasing the observational skills of the caregiver and on environmental changes that can improve an older person's functioning.

Session 6 - What Does the Future Hold? In this session participants examine and summarize the content of previous sessions. They describe their feelings about their situation and the results of participating in the program. Participants discuss possibilities, such as asking for supplemental help from the formal system of service providers to decrease strain; forming an informal support peer group; advocacy for unavailable services; and investigation of structures which help fill service gaps.

Contents

	Page
Session 1 — The Psychological Aspects of Caregiving	1
Session 2 — Medical Problems of Aging	12
Session 3 — Age-Related Changes in Vision, Hearing and Speech	18
Session 4 — Finding and Using Community Resources	30
Session 5 — Personal Care Skills Development for Informal Caregiver	43
Session 6 — Assessing The Situation: Where Do You Go From Here?	67
Appendices	I

Session 1

The Psychological Aspects of Caregiving

You find yourself providing care to a homebound older person — your spouse, a parent, an in-law, an aunt or uncle, a sibling, a child, or a friend. You are a caregiver. Others in the family could or should share this responsibility. But, for whatever reason, it is yours. You may be at the point where you ask, "What's going on here?"; "How did I get myself into this?"; "How much longer can I go on?"; "Why me?"

You may have entered into the caregiving role in a spirit of love and generosity. But, to compound the predicament, you may now feel guilty about your negative feelings. You are going through a process common to most caregivers. To help you understand what is happening—let's answer the question "What's going on here?" Let's look at the person for whom you are caring, the care receiver, and then at you, the caregiver. You will probably see your situation reflected in this section.

The Care-Receiver

Does a person's core personality significantly change with advancing age? Do older people become more rigid or set in their ways? Do they lose their intellectual ability and curiosity, becoming senile in the process? Do they lose interest in the outside world and become more selfish? Do their old sensitivities and positive attributes as parents and spouses erode with time, leaving a cantankerous, impatient and irritable older person to deal with? Scientists have discovered that an individual's personality and character do not significantly change with the passage of time and remain surprisingly consistent from adulthood into old age. The habitual way in which people deal with life and its challenges remains the same throughout life.

Scientists also found that some things about the person can change. For instance, advancing age may result in the loss of some energy, psychic as well as physical, thus slowing people down in the performance of tasks. Interestingly too, scientists found that elderly men become more caring, emotionally expressive and less authoritative, whereas women tend to become slightly more self-assertive.

Research has also revealed that, even in old age, individual differences remain. For example, some retirees need to stay active in order to spend their energies formerly used on work or other role-obligations. Others, however, accept the leisure and freedom that retirement brings with great equanimity and enjoyment.

Scientists believe that it is important for people as they grow older, to remain "bonded" to other human beings, preferably family members or friends who can be their confidants. Older women seem to have a greater need to bond than older men, who often substitute work or recreation for interpersonal relationships. It has also been observed that loneliness or living alone without a support network of friends or relatives is extremely stressful for elderly individuals. Research has shown that being married or living with others typically promotes greater life satisfaction; strengthens one's ability to cope with stress; and helps prevent persons from falling victim to substance abuse and even illness. Keep in mind that, no matter what age they are, people cannot be uniformly stereotyped.

What has just been said does not imply that an aging individual's personality cannot or will not change with time. It does mean that a well person, not afflicted by age-associated disability and disease, will maintain a high degree of behavioral

consistency and continuity when progressing from middle adulthood into the more advanced years of life. However, debilitating illnesses, such as Alzheimer's disease, not only affect its victim's cognitive and intellectual abilities, but can also frequently strip away the person's finer character attributes, particularly in the terminal stages of the disease. Moreover, elderly who suffer simultaneous disabilities and disorders frequently receive a variety of medications that can have a markedly disorganizing impact upon their thinking and behavior. Under these distinctly pathogenic life circumstances, the elderly individual becomes a dependent care-receiver. The need for effective and compassionate care becomes evident, especially to those living in the same household.

Much has been written about how the help and support of families, friends, neighbors and formal care providers have helped elderly individuals to: cope more effectively with the stresses of illness or disability; enhance their feelings of self-worth and value; comply with prescribed medical regimen; and where applicable, make a speedy recovery from illness or disease. Although these findings are generally true, they do, however, mask a much more complicated pattern of interaction between caregiver and care-receiver, which can contain a good measure of negative elements. To be an effective caregiver, a person must be aware of these aspects.

First, it should be understood that in being old and ill or disabled, the individual adopts a social role which is not typical in our society. Adults, in particular, are expected to be independent and self-reliant. To be otherwise, implies a regression to a lower functioning level which may have a dintinctly negative impact upon the ill person's sense of self-worth. Older persons are known to be fiercely self-reliant, so much so that the trait has come to be identified as a major impediment to seeking help by this age group. Falling ill and becoming dependent —situations which, under practically all circumstances carry a negative label — can be traumatic for the elderly. The problem is further exacerbated by people who confront their sick or disabled elderly with an unexpressed conviction that these persons have somehow merited their fate, either through careless behavior or because of some undesirable personal characteristic. We are reluctant to admit that suffering and disease are randomly distributed throughout humankind and that all of us are potential care-receivers. Within every caregiver, negative views of the care-recipient may co- exist with feelings of compassion. This is especially true if the care-receiver's condition is long-term and not expected to improve. As the adult becomes more dependent and less self-reliant, the caregiver may feel more and more helpless, resentful, and frustrated with the increased responsibility.

Many people expect a grateful response to their caregiving. Instead, the care-receiver may respond with negative feelings of tension, hostility, and decreased self-esteem, and may even derogate the helper and the help. Just as the caregiver may often feel negatively towards the care-receiver, so may the care- receiver respond toward the caregiver. Like all people, the elderly appreciate their freedom and independence and when these values are threatened, they will react with anger and try to re-assert themselves. This is may be reinforced when caring carries mixed messages. On the one hand, the recipient feels affirmed; on the other hand, devalued.

Research shows that persons with high self-esteem will not accept help as willingly as persons with low self-esteem. The reason for this is clear. Receiving and accepting help carries the suggestion of having failed — an experience more dissonant to a high self-esteem individual.

One way to avoid this situation is to allow the care-receiver to pay back the

caregiver with some kind of favor. For gravely ill or debilitated persons, this trade-off may not always be possible. The truly sensitive caregiver will create an opportunity for the care-receiver to reciprocate, no matter how feeble the gesture. This act is invaluable to the recipient's sense of dignity and self-worth and aids to maintain a meaningful interaction.

The Stresses of Caregiving

Dedicated caregivers intuitively know the value and importance of their roles. However, caregivers face real problems and pitfalls which can be dangerous. Caregiving not only can be, but actually is a stressful occupation. Many studies report high incidences of "burnout" in both the formal or informal care-providing professions. Burnout is a complex phenomenon, with three major components: emotional exhaustion, depersonalization and reduced personal accomplishments. Emotional exhaustion is a depletion of emotional resources, creating a feeling that one has nothing left to give. Depersonalization is the development of negative and insensitive attitudes about the care-receiver. Reduced personal accomplishments create for the caregiver a devalued sense of self resulting in no life beyond caregiving. If burned out, the caregiver runs a real risk of becoming ill, engaging in an increased use of alcohol or drugs, and causing family and marital strife. Burnout will always affect the caregiver and care-receiver relationship. Burnout can develop from the emotional demands made on the caregiver.

The care-receivers may frequently be worried, anxious, and confused about what is happening. They may be embarrassed about their dependency and perhaps deny the truth about their condition. Because of their own emotional and physical state, care-receivers may become impatient, angry, and abusive; complain excessively; and make unreasonable demands. Unfortunately, the caregiver is the target of this abuse.

We are reluctant to admit that suffering and disease are randomly distributed throughout humankind and that all of us are potential care-receivers.

The nature of the care-receiver's problems can also contribute to the caregiver's burnout. Some illnesses or disabilities are so severe and their prognosis so poor that the caregivers develop a profound sense of helplessness and frustration, viewing caregiving activities as a meaningless "drop in the bucket." This is a particular liability for those care providers who deny the reality of the care-receiver's situation and who continue to labor under what some researchers label a rescue fantasy.

Caregivers and care-receivers may have communication problems. Both may be unable or unwilling to express their true thoughts and feelings about each other and their respective situations. Health problems are invariably emotionally charged, particularly if they involve bad news. The need to "cover up" may lead to an unintended, yet real conspiracy of silence between individuals. The communication process may, in turn, become little more than a chronic exercise in diversion. When this happens, both the caregiver and care-

receiver are intuitively aware of the process, but may feel powerless to change it. In that case, the inter-relationship becomes ambivalent: physical closeness co-exists with psychological distancing.

Burnout is a behavioral manifestation of stress. One behavior associated with burnout is the so-called "mea culpa" reaction. Even when caregivers recognize that the stressful nature of the work originates from the situation, they will still engage in self-blame. "If I really had measured up to the task, I should have been able to handle it," many caregivers lament. Consequently they experience a sense of personal failure, a loss of self-esteem and an emotional state of depression or helplessness.

Caregivers' tendency to explain problems by looking at the care-receiver's disposition rather than the situation, may also negatively affect their feelings for the ones they care for. No matter how loved or respected, the care-receiver begins to be derogated and criticized, and as the situation progresses, the caregiver may even become indifferent or callous. Believe it or not, this situation is essentially a normal one. There are aspects in the helping relationship that promote and maintain this phenomenon. Primary and foremost among these is the fact that the care-recipient is a person with problems or deficits. No matter what their assets, it is the negative side of the care-receiver's current condition that the caregiver sees and tries to address.

A second aspect, already alluded to, is the fact that the care-receiver may actually devalue and derogate the caregiver's help. Without sufficient positive feedback from the care- receiver, the caregiver may engage in counter-aggressive behavior.

Finally, the depersonalization of the care-receiver may be an unconscious attempt by the caregiver to create emotional distance. If the care-receiver is a loved one, this distance is often used as a buffer to cope with feelings of grief or depression at the prospect of an eventual loss.

How, then, is one to cope with the stresses of the caregiver role? Since much of the emotional exhaustion caregivers experience is people-related, one approach is to "get away from it all" — at least temporarily. Thus caregivers may regenerate their energies, enthusiasm and sense of mission. Simply stated, the feeling of being overloaded with responsibilities can be reduced or eased through techniques of temporary social withdrawal. Placing the care-receiver for a time in a respite program so as to enable the caregiver to vacation or attend to other duties can be effective healing strategy. Allowing others to assume the caregiving role at regular intervals so that certain blocks of time can be looked forward to as one's own is also a most reassuring prospect. The real problem emerges with those caregivers who feel so compulsively duty-bound to their charge that even a short respite fills them with guilt and apprehension. However, anyone incapable of setting limits and taking breaks will have a very short life expectancy as an effective caregiver.

For some caregivers, getting together may be as effective as getting away. Caregivers can be extremely good supports and resources of strength for each other. By learning how other caregivers handle certain situations, how they feel towards their care-receivers and what kind of inner tensions and conflicts they struggle with, members of such peer-groups not only learn from one another, but they also feel less isolated. Frank and explicit exchanges of experiences and thoughts give participants encouragement, strength and the quiet reassurance that they are not alone in doing what they do and feeling what they feel.

The Stresses of Employed Caregivers

Care for the frail or impaired elderly is most often provided by family members.

Health problems are invariably emotionally charged, particularly if they involve bad news.

In the family, there is usually one primary caregiver — a role traditionally held by a woman. 70% to 80% of all primary caregivers are women — wives, daughters, daughters-in-law, and granddaughters. The typical profile of today's female caregiver is that of a middle-aged individual between the ages of 40 and 60, with "2.3" children who may still be living at home and who also may demand her attention and care. However, women not only make up the majority of those who provide care, but they also make up over half of the workforce. Despite an increased labor force participation among married women, few changes in the division of labor have occurred.

Rather than a sharing of tasks, it appears that the female employee who provides care must reallocate her time and lengthen her work week to meet everyone's demands. Women continue to accept and assume the traditional role of caregiver. It is not unusual to find caregiving women who are members of families that include three generations of women. Both working and non-working women provide about the same amount of care, but when the stress becomes too great, women in intact marriages may have the option of quitting work to care for elderly parents. However, quitting work may not be a viable option in the future since the percentage of adult children with intact marriages continues to diminish and financial pressures continue to increase.

Caregiving Roles Among the Employed

Whether caregivers provide the care themselves or arrange for the care marital relationships may suffer significantly during critical periods. Time is limited, careers are interrupted, there are financial problems, and there are guilt feelings. The social, economic, physical and mental stresses of caregiving not only interfere with labor force participation, but also with the emotional investment in work. Caregiving for a frail, dependent elder often impinges upon the caregiver's ability to perform job duties. Caregivers not only have to change schedules and alter time at home to provide care, but also alter their work situation to accommodate caregiving responsibilities.

A Hidden Problem

Current research suggests why the problems of employee caregivers are not recognized as problems in the workplace. Employees may develop mechanisms for handling problems so that supervisors are often not aware that a problem exists. Co-workers will cover for the caregiving employee. When necessary, employees take sick days to handle the affairs of the care-receiver. Rather than confront a supervisor with the problems of having to take care of an elderly parent, caregivers often mask their problems in the guise of more acceptable problems (i.e. medical problems). Caregiving problems often remain hidden until the employee is cited for disciplinary problems (for example, absenteeism, tardiness, poor work performance), and his or her job is in jeopardy. If the problem is serious enough to result in resignation or termination, the employer loses even more money and productivity while a new employee is recruited and trained. The responsibilities of providing care to frail and impaired elders exact a toll on both the worker and the workplace in many ways. It would seem that

the workplace could be an important source of assistance for the caregiving employee. But at the present time, this does not appear to be the case.

What Can an Employed Caregiver Do?

(1) Be honest and upfront with your supervisor regarding the nature and extent of your problem. Don't wait for a crisis to detail your situation.

(2) Request assistance from your Employee Assistance Program (EAP) coordinator who should be familiar with the service delivery network in your community.

(3) Contact your local Office for he Aging to determine what services are available.

(4) Suggest, through the proper channels, one or more of the following company-sponsored responses that have proven effective elsewhere:

- flex-time
- flexible benefit plans to include elder-care costs
- day care assistance
- part-time work
- information and referral services

(5) Locate and join or start a support group for employed caregivers who share similar problems and concerns. Your local Office for the Aging is a good starting place for information.

(6) Locate adult day care and respite services. Again, your local Office for the Aging can help.

(7) Contact the State Office for the Aging or your local Office for the Aging to obtain information regarding initiatives in the corporate sector.

Understanding and Using Your Family System

Caregivers, especially women, have found themselves facing simultaneous demands from the care-receiver, from spouses who might also be failing in health; from their own children; and increasingly from employers. Terms such as "caught generation", "sandwich generation" and "women in the middle" are used to describe the tug-of-war conflicts faced by the caregiver who tries to manage the demands and needs of multiple generations within the family system. This situation, over time, is usually complicated by the reality that fulfilling all of these demands is impossible.

Caregivers report lower stress levels when more family members cooperate. The opposite is equally true. If family members are available to offer assistance and cannot or will not, caregivers usually report higher levels of stress, anxiety and tension. The more family members there are to remind us of what they can but are not doing, the more resentment, frustration and regret will follow.

Can caregivers change or alter this negative situation? Yes, they can, but change requires understanding the full family dynamics and taking control where control is possible. Start by identifying the family members involved or available to be involved in the care of the older adult. Your family, like most, will probably have a number of members who, knowingly or unknowingly, perform specific roles in the family. In most instances, the roles they play have a historic component to them (i.e., they have functioned in that role for many years.)

Begin with the most obvious role, that of the caregiver. In most circumstances, the caregiver role is neither appointed nor anointed, elected nor decreed. It is commonly assumed by the holder based on

a long history of responsible involvement similar in nature to the job-at-hand. Researchers at the University of Toronto have given that role the position title of kinkeeper."[1] When asking families about this particular position, the researchers posed this question: "Thinking about your side of the family in the broadest terms, including your brothers, sisters, aunts, uncles, cousins, grandparents, and so forth — is there currently any one person among you and your family who, in your opinion, works harder than others at keeping the family in touch with one another?" According to the researchers, this family position has some specific, responsible take-charge tasks including telephoning, writing, visiting, organizing or holding get-togethers, reunions, birthday parties, special events, etc., linking family members together and providing information to the rest of the family. Kinkeepers tend to be responsible and responsive, which is consistent with their past performance. Again, the role of caregiver (kinkeeper) is not normally appointed by the family, but assumed as natural and obvious in light of the history of family responsibility.

Who are the other members of the family system that need to be understood and properly used? The researchers also indicate that most families will report having a specialist in representing the family to the outside world, otherwise known as an ambassador. This individual assures family representation at such events as funerals for family, friends, or distant relatives. Just as important to the family is the comforter, who serves as an earpiece to whom other members go to discuss troubles and seek advice or comfort. Essential to any caregiver is the financial advisor, who provides advice about financial matters to the other family members. In the case of caring for an older, frail adult, the financial advisor may also control the financial decision-making, thereby forcing the attention and cooperation of the caregiver.

Other roles to be identified include the fence-sitter, who, by definition, is not terribly active or involved. At best, this individual has no stated opinion about the matter or, at worst, varies with opinion depending on who last had his ear. Lastly, and potentially most difficult, is the consultant. As in most organizations, the consultant is someone outside the mainstream of operation, considered influencial or powerful by the members and a force to be dealt with. In a caregiving context, the consultant rarely provides hands-on care and often spends little time with either the caregiver or care-receiver. However, the time spent with either or both never goes unnoticed. For example, the consultant (brother, sister, aunt, uncle, etc.) may arrive in town to take the care-receiver out for lunch, buy a few presents, make a few promises and then as quickly exits the scene. For the following weeks, the consultant is referred to by the care-receiver in the most positive light, setting up the caregiver in a comparison that is unrealistic and usually not favorable. In a sense, the consultant is deified and becomes the reference point by which others are measured — particularly the caregiver. Comments such as, "Why aren't you like your brother? He's wonderful to me," are not uncommon, but always stressful.

How can this information be used to help a caregiver? First, one must identify the character and their roles in the family system. Referring to the diagram below, fill in the names of the members who fit the title. If there are others, fill in their names and give them a title equal to their role; certainly there may be more roles than those previously discussed.

---

[1]Rosenthal, C.J. & Marshall, V.W. (1983). *The head of the family: Social Meanings and Structural Variability,* 1986 Canadian Journal of Socilogy, Vol II, No. 2, pp. 183-189.

☐ Care Receiver Name

☐ KINKEEPER (caregiver) Name

☐ Ambassador (Name)

☐ Comforter (Name)

☐ Fence-sitter (Name)

☐ Consultant (Name)

☐ Financial Advisor (Name)

☐ (Title) (Name)

☐ (Title) (Name)

(Name)

Next, assess whether that person is a positive force () with regard to your role as caregiver, negative force (-) or neutral force. Last, develop strategies for maximizing your family system's strengths and minimizing its weaknesses.

Strategies to Promote Positive Forces

- For each character that you identify as a positive force, make a list of the contributions associated with that individual.
- Generate by yourself or with a confidant a list of suggestions for increasing these positive contributions.
- In a realistic and timely fashion, act on one suggestion at a time until your list is exhausted.

Why am I doing this?

- To maximize the assistance that is being received.
- To acknowledge and reward the positive forces that contribute to your role.
- To possibly extend the quantity or quality of help from people who have a track record of assisting.

Strategies to Motivate Neutral Forces

- For each character that you identify as a neutral force, make a list of all their actual assistance.
- Generate a "wish list" of responsibilities that seem appropriate to the individual's ability/character and are needed in order for you to continue in the role of caregiver. In this case, it is advisable to

assume more responsibilities than less, anticipating a process of compromise between you and your family member.

- Decide on a time to telephone or preferably meet with your neutral forces to first acknowledge their contributions and then request their specific further assistance. A face-to-face encounter, perhaps over lunch, will enhance the likelihood of a favorable response.
- Come to this meeting prepared with a written list of requests to underscore the seriousness of the matter. Ask for members to initial the tasks that they are willing to assume.
- Occasionally but surely follow-up with positive strokes (telephone call, notes, thank you cards, etc.) to reinforce the behaviors that have made your job a little easier; likewise, if necessary, remind members of their agreements.

Why am I doing this?

- To increase assistance by gratefully acknowledging what is being done.
- To win the psychological and physical commitment of more family members. The greatest potential for increasing outside assistance will undoubtedly come from those members who have not demonstrated positive roles and who are not actively involved in working against you. As in an election, the undecided vote is often responsible for determining the fate of an issue or candidate. This strategy will serve as a move to advocate on your own behalf.
- To clarify where members stand on the issue of assistance and put-on-notice those who refuse to help.

Strategies to Overcome Negative Forces

- For each character that you identify as a negative force, make a list of your problems with them related to the caregiving issue. Do not include non-related issues or personality conflicts in this list.
- Generate by yourself or with a confidant a list of strategies for minimizing these problem areas.
- Call for a meeting or talk by telephone to discuss your perceptions of their role and its impact. Allow a chance for the member to respond by discussing their perception of their role and its impact.
- Suggest a compromise, thereby allowing each side to come out a winner. It is important not to antagonize a potential helper, particularly if the member is occupying a power role such as consultant or financial advisor.
- It may be advantageous to solicit the mediation of the ambassador or comforter if you have reason to believe a conflict is inevitable. In the event that there is no available third party, a professional from the social service network might be contacted.
- If, after your best efforts have been exhausted, you cannot reach a compromise and negative forces continue, commit your grievances to writing with copies sent to members of the family system. This strategy is called "matter of record" and will serve to put the family system on notice with regard to your feelings and efforts in your role as caregiver. If nothing else, this practice may provide a productive means to manage stress and may also be necessary documentation in the face of any future legal differences.

Why am I doing this?

- To make every reasonable effort at problem-solving and compromise and to keep the family system intact for as long as possible.
- To clarify exactly where the negative forces are coming from and document the nature of the problem.
- To focus control back on the individual who is orchestrating the core plan: the caregiver.
- To demonstrate that the family is

beginning to work together and that those who do not cooperate will be served notice accordingly.

- To cut the losses so that valuable energy is not wasted on dysfunctional behavior of members.

References

Archbold, P. (1980). Impact of parent-caring on middle-aged offspring. *Journal of Gerontological Nursing* 6 (2), 78-85.

Archbold, P. (1983). Impact of parent-caring on women. *Family Relations* 32, 39-45.

Bengston, V.L. & Schrader, S. (1982). Parent-child relations: The measurement of inter-generational interaction and affect in old age. In *Research instrument in social gerontology*. Edited by D.J. Manger and W. Peterson. Minneapolis: University of Minnesota Press.

The real problem emerges with those caregivers who feel so compulsively duty-bound to their charge that even a short respite fills them with guilt and apprehension.

Brody, E. (1985). Parent-care as a normative family stress. *The Gerontologist* 25, 19-29.

Brody, E. (January, 1986). Elaine Brody. *Ms.*, 47.

Brody, E. & Schoonover, C. (1986). Patterns of parent-care when adult daughters work and when they do not. *The Gerontologist* 26 (4), 372-381. Cantor, M. (1983). Strain among caregivers: A study of experience in the United States. *The Gerontologist* 23, (6), 597-604.

Cantor, M. (1985). Families: A basic source of long-term care for the elderly. *Aging* 349, 8-13.

Cicarelli, V. (1984). Marital disruption and adult children's perception of their siblings' help to elderly parents. *Family Relations* 33, 613-621.

DePaulo, B. (1978). Help-seeking from the recipient's point of view. *JSAS, Catalog of Selected Documents in Psychiatry*, 8, 62.

Federal Council on the Aging. (May 2, 1984). The working person as caregiver: A symposium on increasing support services for the frail elderly.

Hawranik, P. (1985). Caring for aging parents: Divided allegiances. *Journal of Gerontological Nursing 11* (10), 19- 22.

Joint Economic Committee, Congress of the United States. (April 3, 1984). Problems of working women.

Joint Economic Committee, Congress of the United States. (June 6, 1984). The role of older women in the work force.

Lieberman, M. & Mullan, J. (1978). Does help help? The adaptive five consequences of obtaining help from professionals and social networks. *American Journal of Community Psychiatry* 6, 499-517.

Marshall, V.W. & Schrader, S.. (1983). Concerns about parental health. In *Women and aging*. Edited by E. Markson. Lexington, MA: Lexington Books.

Maslach, C. (1982). *Burn-out: The cost of caring*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

Neugarten, B. (1968). *Middle-age and aging*. Chicago: University of Chicago. New York Business Group on Health, Inc. (1986). *Employer support for employee caregivers*. New York: NYBGH.

Rosenthal, C.J. & Marshall, V.W. (1983). The Head of the Family: Social Meanings and Structural Variability, 1986, *Canadian Journal of Sociology*, Vol II, No. 2, pp. 183 -184.

Rosenthal, C.J. (November, 1985). Kinskeeping in the familial division of labor. *Journal of Marriage and the Family.*

Shanas, E. (1973). Family kin networks and aging in cross-cultural perspective. *Journal of Marriage and the Family,* 35, 505-511.

Stoller, E.P. (November, 1983). Parental caregiving by adult children. *Journal of Marriage and the Family,* 851-857.

Subcommittee on Human Services of the Select Committee on Aging, House of Representatives. (January 1987). Exploding the myths: Caregiving in America.

Suls, J. (1982). *Social support, interpersonal relations and health In Social psychology of health and illness.* Edited by G. Sanders and J. Suls. Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum Associates Publishers, 256-278.

The Travelers. (June 1985). Travelers' employee caregivers survey: A survey on caregiving responsibilities of Travelers' employees for older Americans. U.S. Bureau of Labor Statistics. (January 1984). Employment and earnings.

Suggested Readings

Bray, A. (1987). Family adaptation to chronic illness. In *Rehabilitation psychology desk reference.* Edited by B. Caplan. Rockville, MD: Aspen Publication, 171-184.

Brody, E. (1985). Parent-care as a normative family stress. *The Gerontologist* 25, 19-29.

Brody, E. & Schoonover, C. (1986). Patterns of parent-care when adult daughters work and when they do not. *The Gerontologist* 26 (4), 372-381.

Federal Council on the Aging. (May 2, 1984). The working person as caregiver: A symposium on increasing support services for the frail elderly.

Guthrie, D. (1983). *Grandpa does not know it's me.* New York: Human Sciences Press.

Heston, L. & White, J. (1983). *Dementia: A practical guide to Alzheimer's disease and related illnesses.* New York: Freeman & Co.

Mace, N. & Rabins, P. (1981). *The 36-hour day: A family guide to caring for persons with Alzheimer's disease, related dementia illnesses and memory loss in later life.* Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

Neugarten, B. (1968). *Middle-age and aging.* Chicago: University of Chicago Press.

New York Business Group on Health, Inc. (1986). Employer support for employee caregivers. New York: NYBGH.

Sommers, T. & Shields, L. (1987). *Women take care.* Washington, DC: Older Women's League.

Stoller, E.P. (November, 1983). Parental caregiving by adult children. *Journal of Marriage and the Family,* 851-857.

Torrens, P. (1987). The continuing of care: The patient and family's view. *In Managing the continuum of care.* Edited by C. Evashick. Rockville, MD: Aspen Publishers, 295-310.

Session 2

Medical Problems of Aging

Aging is neither a disease nor an illness and to be old does not mean to be sick or senile, but as we age, we change, and sometimes that change is a slow decline in life functions.

Too many times, the elderly themselves and their loved ones, feel that aches and pains, as well as more serious medical problems, are part of being old. As with any other age group, if an elderly person has a health problem, appropriate medical attention should be given. When an elderly person is sick, more serious future problems can be avoided with prompt medical care.

Most so-called age-related bodily changes are affected by lifestyle factors, such as poor diet and smoking, and environmental factors, such as pollution and chemical exposure. No two individuals age the same way; and not all elderly individuals experience similar health problems.

Considerable research has shown that older adults vary tremendously in their health status and the problems they suffer. Above all, it is important to keep in mind that elderly can do something about their health in later life. For example, a small change in lifestyle, such as exercising more or quitting smoking, may lead to a significant change in health status.

Special Problems of the Elderly

The elderly person can have special problems that require equally special understanding for diagnosis and help. There are many underlying psychological changes. Although these changes are normal, they may alter the way an elderly person responds to disease and is able to cope with physical problems.

Understanding is important, but surprisingly, medical schools have only recently begun to educate their students about normal aging. Physical disease in the elderly may be more difficult to detect. Signs or symptoms may be diminished or absent, delayed in onset or not characteristic of the same disease in a younger person. For example, an aged heart attack victim may have no chest pain because of age-related nerve changes. An elderly person with a severe infection may not be able to produce white blood cells to fight the infection or even produce a fever.

Physical disease may show as a mental change. The same elderly heart attack victim with no pain may have symptoms only of confusion because of an insufficient blood supply to the brain. The patient with pneumonia may be called senile because a lack of oxygen slows brain functioning. It takes a sharp mind to notice changes in an elderly person's thinking and remember to look for physical disease as the culprit. All too often, people with new thinking problems will be called senile, and ignored or put in an institution. Their underlying, often treatable, illness will go undetected.

Drugs in the elderly may act differently, interact frequently, and be harder to control. Since elderly persons tend to have many medical problems, they often take many medications and the risk of drug toxicity and drugs interacting with other drugs rises enormously. In addition, some elderly patients take drugs for problems that they or their physician have long forgotten, or for problems that have been long resolved. They may also be taking over-the-counter medications without the physician's knowledge.

Because of changes-of-aging, the older body and brain handle drugs somewhat differently. A good health care professional is aware of this and adjusts drug doses appropriately for the patient's age, kidney, liver, and brain functions. Drug dosages and use must be monitored regularly and carefully.

Medical problems of the elderly are frequently multiple. As we age, we can develop new and complicating health problems. The geriatric health care worker has to keep in mind these multiple ailments and treat them as carefully as possible without jeopardizing the "whole" patient. This can be complicated, especially when the treatment for one problem may hazard another.

Along with multiplicity, health problems in the elderly are frequently chronic. This enormous burden for the aged patient in terms of physical health, life satisfaction, and finances. Remember that about half the medical expenses in this country are for chronic problems, and most of this is borne by the 10-15% of the population that is elderly. In fact, older adults visit their physician six times for every five visits by the general population. They are hospitalized twice as often, have longer hospital stays, and use twice as many prescription drugs as younger persons. Obviously, the medical problems of the elderly are special and often complex. Although aging is not itself a disease, geriatric health care workers must be knowledgeable of this normal life process and the many special problems that accompany aging.

A good rule is to find a physician who is interested in the health care of elderly patients. Many doctors are not really interested in, or are unaware of, all that geriatric health care entails. Their interests may lie elsewhere, and you do yourself and them a favor by seeking a competent clinician concerned with the special problems of aging, and who has the patience to deal with complicated, multiple and chronic problems. There are many clinicians who find this work rewarding, and those who are interested will generally give the best care.

Chronic Medical Conditions

The illnesses that affect the elderly can fill textbooks and generally are not different from those affecting other age groups. As people grow older, acute medical conditions become less frequent and chronic conditions become more prevalent. Research shows that four out of five persons age 65 and over suffer at least one chronic condition; and multiple conditions are commonplace. Several illnesses are described below. The description may include causes, symptoms, medication and aids. **Note!** These are only descriptions. Only the physician should diagnose medication. The caregivers, however, must be alert to symptoms and behavior and carefully communicate their observations to the health care professional. While none of the following illnesses is peculiar to old age, each is common among the elderly.

Hypertension: High blood pressure (above 140/90).

Top number, systolic, means the greatest pressure of the blood (intermittent) against the wall of the blood vessel. Bottom number, diastolic, means the least pressure of the blood (constant) against the wall of the artery. Incidence: 5-15% of the population.

Onset: Early 30's but because there are no symptoms, it is usually untreated for at least 20 years. Another form (milder) may appear in middle-aged and older persons. Untreated hypertension is related to development of arteriosclerosis. This leads to stroke, heart attack, congestive heart failure, kidney failure.

Treatment: Medication, diet (low salt).

Congestive Heart Failure: Failure of heart to pump an adequate amount of blood to the body.

Symptoms: Congestion of fluid in lower extremities. Swelling of feet and lower legs. Congestion of fluid in lungs. Shortness of breath.

Medication: (1) Digitalis — slows and strengthens heart beat. Check pulse before giving and if below 60 beats per minute,

check with doctor. (2) Diuretics — "water pills." Decrease the amount of blood volume. Give early in the day. If not taking potassium, give food potassium source daily such as orange juice, bananas, or pears.

Diet: Low sodium.

Physical disease in the elderly may be more difficult to detect. Signs and symptoms may be diminished or absent, delayed in onset or not characteristic of the same disease in a younger person.

Angina: Short-periods of chest pain due to insufficient blood flow to the heart muscle.

Cause: Usually due to hardening of the arteries of the heart with some obstruction in a major blood vessel of the heart (arteriosclerosis). Symptoms: Mild to severe chest pain which may radiate to the neck or shoulders, usually lasting less than three minutes. (If more than one-half hour, suspect heart attack.) Brought on by exertion, cold, eating a heavy meal, or excitement. **Treatment:** (1) Nitroglycerin — tiny tablet placed under the tongue to dissolve or a timed release adhesive patch. Should be used as a prevention with known stress. (2) Other drugs to lessen frequency of attacks — Cardilate, Peritrate, Isodil, and Inderal. (3) Reduce weight. Stop smoking. Minimize stress situations.

Arthritis: (Osteo): Ninety-seven percent (97%) of all people over age 60 have some degree of osteoarthritis.

Cause: (1) Wear and tear. Elastic tissue (cartilage) becomes soft and wears away, sometimes exposing underlying bone. (2) Heredity.

Symptoms: Localized pain and stiffness (especially in the morning) of joints. Enlargement of joints. Most commonly affected joints are hips, knees, spine, fingers and big toe.

Treatment: (1) Aspirin. Give large doses with caution (ringing in ears, nausea indicate too much). (2) Exercise and rest —balanced to keep joints flexible. (3) Apply heat — to relieve pain. Attacks often occur during times of stress.

Aids: Velcro fasteners or large zippers or buttons, elevated toilet seat, tub stool and rails.

Diabetes: Disease in which the body cannot make use of sugars and starches in a normal way. The result is that glucose accumulates in the blood and may appear in the urine. Types: (1) Juvenile. (2) Adult onset —over 40, with a slow, inconspicuous onset. There is usually some insulin production. (3) Hereditary.

Symptoms: Itching, poor healing of wounds, blurring vision, loss of weight or none in mild cases. Increased thirst. Stress such as infection or surgery may cause an exacerbation.

Treatment: (1) Controlled amounts of sugar and starch with diet. (2) Weight control. (3) Insulin, oral hypoglycemics (Orinase, Diabenese, DBT, Tolinase). (4) Good skin care (especially feet). (5) Continued lifelong medical care.

Complications: Diabetic neuropath. Arteriosclerosis, vision problems, circulatory problems, heart disease, numbness of hands and feet. (These occur even if well controlled,

but may occur more often if poorly controlled.)

Tests: (1) Blood test for fasting blood sugar levels; glucose tolerance; two hours after meal. (2) Urine — Testape, Clinitast.

Infections: (Diabetics are more susceptible.) Infections are more servere and difficult to treat. The control of diabetes is temporary, more difficult during infection. Infections must be treated immediately.

For good control: (1) See doctor regularly. (2) Follow diet. (3) Test urine daily. (4) Good foot care. (5) Take medication regularly. (6) Carry diabetic identification. (7) Get adequate rest and exercise.

Stroke: Occurs when blood supply to part of the brain tissue is cut off or reduced.

Cause: Clot, hemorrhage, compression, vascular insufficiency.

Rehabilitation: Good positioning (to prevent deformities). Range of motion exercises to prevent stiffening of joints. Encourage use of affected extremity to increase muscle strength. Avoid doing things that person can do for themselves. Be supportive and sympathetic but firm and direct. Expect some emotional mood swings and some degree of brain damage if stroke was more severe. May need to install hand rails for safety by toilet, bed, etc.

Mental Changes

Contrary to popular belief, older adults have fewer mental impairments than other age groups. The primary mental health problem of older age is the result of cognitive impairment. The common mental changes seen in the elderly are known as organic brain syndromes or mental syndromes, and can be divided into acute (reversible), chronic (irreversible) or mixed brain syndromes.

- **The acute brain syndromes:** These are also known as delirium and are characterized by mental changes that are of recent (hours or days) onset. They are most often caused by physical disease (e.g., heart attacks, infections, strokes, dehydration) or drug toxicity. The symptoms are confusion, disorientation, inattention, stuporousness, agitation, excite- ment. They may be mistaken for chronic brain syndrome (senility) without looking for a cause, or written-off as expected in an elderly person. The important thing to remember is that these acute brain syndromes are often treatable and reversible. Treatment: recognize and manage the specific underlying medical problem.

- **Chronic brain syndromes:** These are the mental syndromes which most people recognize as senility. They are characterized by a generalized loss of intellectual functions and memory. Their onset is slow and uncertain, but usually has been progressive over six months or more. The initial changes are gradual and subtle; the family will usually be the first to notice small changes in behavior and thinking. The older person will have trouble thinking through projects, comprehending messages, and making decisions. Appropriate social behavior will at first mask intellectual decline, but that will be lost in time as well. Memory loss is characteristic: recent memory first (day's activities, the date, etc.) and remote memory later. They eventually may not even be able to recognize family or close friends.

  Behavior changes also occur, such as suspiciousness, making up bizarre stories and answers, and moodiness. Most elderly people are able to recognize some of these changes in themselves and can become severely depressed over their mental decline. Later, they have little or no realization of their thinking difficulties. Causes: Most commonly (up to 40-75%) Alzheimer's disease or Alzheimer's like diseases have typical brain changes which are identifiable under the microscope and by actual shrinkage of the brain tissue. The rest of the chronic brain syndromes are caused by arteriosclerotic dementia, occasionally low thyroid hormone,

pernicious anemia, hydrocephalus, hereditary dementias, syphilis, and many other rarer diseases. Although a large percentage of Alzheimer's and Alzheimer's-like dementias are untreatable, between 15% and 40% of these diseases can be treated, either with curing or at least halting of the process. It is always important to look for the cause of any mental change and treat it promptly, if possible. It is never correct to assume that the decline in mental functions is a part of normal aging, or hardening of the arteries. Unfortunately, treatable causes will be few, but nearly all patients with chronic brain syndromes can be helped to get more out of their lives.

A good rule is to find a physician who is interested in the health care of elderly patients. Many doctors are not really interested in, or are unaware of, all that geriatric health care entails.

Ways to help:

- Accept the person without reservation or criticism. Don't familiarize or depersonalize.
- Stimulate. Prevent withdrawal, uselessness. Keep personal, physical contact.
- Orient the person. Remind him of where he is, who you are, etc. Keep daily activities organized and consistent.
- Avoid confusion. Watch for sudden worsening and physical or mental changes; seek appropriate help.
- Protect from injury.
- Use supportive services. Get outside help for them and for yourself. Watch for loss of communication or function. Visual or hearing loss, no contact with people, being bedridden, etc. will worsen a dementia.
- Obtain materials on Alzheimer's disease, available from the New York State Office for the Aging, your local Office for the Aging and the Alzheimer's Disease and Related Disorders Association.

Other Psychiatric Problems

Not all mental changes in the elderly are due to organic brain syndromes. Elderly people who have suffered from mental illness earlier in life are more likely to develop the same problems in old age. Briefly, some of these psychiatric illnesses are:

- Reactive depressions are related to stressful life changes, such as loss of a spouse or close friend, loss of function, job, home, or other important things. Obviously, with the enormous fluxes in lifestyle accompanying aging, reactive depressions are common and should be looked for in the elderly population.
- Unipolar/bipolar affective disorders are depressions and manic disorders that are not reactive to changes but are related to biochemical brain abnormalities. They are treatable with drugs which may help correct these abnormalities. They occur in all age groups.
- Schizophrenia is one of the most common of the mental illnesses, also found with relative frequency in the elderly population, especially among the long-institutionalized. There are specific drugs for schizophrenia that have helped immeasurably.
- Alcohol abuse is not often thought of as a problem among the elderly, but it is nevertheless surprisingly common. Loneliness, poverty, and little access to help all compound this problem.
- Suicide rates, although extremely low, are higher for elderly persons than for other age groups.

- Drug or medication abuse, usually *inadvertant, is frequently detrimental.* Almost any medical symptom can represent a side effect of a drug or combination of drugs.

Summary

The physical and mental changes discussed here may make old age seem like a time of disease and mental decay, but the intention is to inform about the special problems which occur with aging, not because of it. By identifying these problems, and treating them aggressively, one can help restore the elderly person to as functional, satisfying and healthy a life as possible. If more persons could recognize the diseases of old age, and not old age as a disease, perhaps they would be less inclined to be so negative about the aging process.

References and Suggested Readings *(Also see Appendices for additional practical information)*

Blumenthal, H. (1983). *Handbook of gerontological nursing.* New York: Van Nostrand Reinhold Co.

Dychtward, K. (1986). *Wellness and health promotion for the elderly.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Edinburg, M. (1985). *Mental health practice with the elderly.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Fopma, L.J. (1986). Depression and dementia. *Journal of Psychological Nursing 24.*

Fries, James and Donald M. Vickery (1968) Take Care of Yourself *The Consumer's Guide to Medical Care Reading,* MA, Addison- Wesley.

Gwynther, L. (1985). *Care of Alzheimer's patients: A manual for nursing home staff.* American Health Plan.

National Center for Health Satisfaction. (1977). Characteristics of nursing home residents, health status, and care received: National nursing home survey. *Vital and health statistics,* Series 13, No. 51.

National Center for Health Statistics. (1984). Reported in U.S. Senate Special Committee on Aging. *Development in aging,* Vol. 1. National Center for Health Statistics. (1984).

National ambulatory medical care survey. Reported in U.S. Senate Special Committee on Aging. *Aging America.*

Rowe, J.W. (July, 1987). Human aging: Usual and successful. **Science**. 237, 143-149.

Sturm, A. (1987). Trends and issues in geriatric nursing, law, ethics, and professional practice. *Nursing Yearbook,* Springhouse Corporation.

Session 3

Age-Related Changes in Vision, Hearing, and Speech

Vision

I can't read the newspaper anymore. The print is too small. Television is less enjoyable because the picture is not clear. I have trouble seeing a friend across the room and I can't recognize anyone across the street. Sound familiar? These are frequent complaints of older people, many of whom unfortunately accept failing vision as a natural part of aging. The fact is that vision loss can be prevented, minimized, or corrected with proper health care and regular eye examinations.

Normal Age-related Vision Changes

As people age, they inevitably experience vision changes. These changes typically involve the eye itself, the surrounding muscle and the central nervous system. The lens of the eye (usually clear and soft in young people) grows increasingly opaque and rigid, and the muscles surrounding the eye weaken.

Normal visual changes associated with aging include:

- reduced visual acuity;
- diminished ability to accommodate or focus on objects;
- decreased color vision;
- the need for increased illumination.

Visual acuity is a measure of how clearly objects can be seen. Normal visual acuity is 20/20. This means that a person standing 20 feet from an eye chart can correctly perceive a letter three-quarters of an inch high. Since visual acuity usually decreases with age, it is not unusual for an older person's acuity to measure 20/100. Such an individual will need to be 20 feet from an object that a person with normal visual acuity can see at a distance of 100 feet. If no eye disease is present, visual acuity can almost always be corrected to normal or near normal with glasses or contact lenses.

Accommodation is the ability of the eye to focus clearly on objects at different distances. As we age, the eye muscles become more flaccid, making it difficult for the eye to shift its focus from objects that are near to those that are distant. This problem can usually be corrected with reading glasses, bifocals or sometimes trifocals.

Color vision may also decrease as the lens of the eye grows opaque. This decrease is most evident when a person tries to distinguish closely-related colors, particularly in the blue and green color families. For most people, color differentiation is rarely a problem. Some people, however, may experience difficulty with depth perception when, for example, stairs, walls and landings are the same color. To avoid such problems, introduce contrasting colors in the environment so that all objects, entrances, light switches, etc. are clearly visible.

Illumination needs are greater as we age because less light is able to pass through the lens of the eye. Older people require more light to perform detailed tasks. They may have trouble seeing in dimly lit places, such as movie theaters or restaurants. In addition, it may take longer for the eye to adjust to the change from darkness to lightness and vice versa. Increasing the light levels and focusing the light directly on the material in use are usually effective ways to resolve these problems.

Changes in a person's vision may signal an eye disorder unrelated to normal aging. Regular eye examinations by an ophthalmologist or optometrist are

important for all people over age 60. When eye diseases are diagnosed and treated early, the risk of vision loss is greatly reduced or eliminated. Regular check-ups also enable older people to have the best possible correction in their glasses or contact lenses. Early diagnosis and treatment is the single most important factor in preventing vision loss.

When Vision Fails

When ordinary eyeglasses or contact lenses cannot correct an older person's vision, an eye disorder — such as cataracts, glaucoma, macular degeneration and diabetic maculopathy — is usually suspected. Each of these disorders affects vision in a different way and each, if untreated, will cause severe vision loss.

Cataracts are common among older people, and occur when the clear lens of the eye loses its transparency and light cannot pass through.

Effect on Vision: Cataracts vary in size, thickness and their effect on vision. Some people experience only a slight disability; others, a significant vision loss. With cataracts, overall vision tends to cloud, as if one is looking through a dirty windshield. Bright, glaring light and sunlight are also particularly troublesome. People with cataracts frequently have trouble reading because the print seems hazy and lacking in contrast. Colors may appear faded.

Effect on Behavior: When cataracts severely impair overall vision, a person may be reluctant to leave familiar surroundings. Driving and walking outdoors may become difficult. This in turn, can produce increased isolation. The diminished ability to distinguish closely related colors often makes relatively simple household chores arduous. When cataracts make reading difficult or impossible, many daily activities are affected.

Treatment: Surgical removal of the lens of the eye is the most effective treatment for cataracts, boasting a success rate of 95%. In most cases, an eye doctor will recommend a lens implant to provide focusing power for the eye. Below are some suggestions for whose cataracts cannot be removed or whose vision is impaired before surgery.

Practical Suggestions:

- Increase the use of contrasting colors in a room.
- Reduce glare caused by sunlight and interior light reflecting on shiny surfaces.
- Consider use of special lenses which block ultra-violet light and make outdoor travel much easier.
- Suggest wearing a wide brim hat to prevent sunlight glare.

Glaucoma is a disease in which too much fluid accumulates in the eye because of insufficient drainage. The excessive fluid causes increased pressure in the eye, which eventually damages the optic nerve. Glaucoma occurs most frequently in people over age 40. It is an insidious, symptom-free disease whose damage is usually not damaged and vision has been irreversibly lost.

Effect on Vision: Slightly blurry vision may be a sign of glaucoma. Loss of peripheral (side) vision is also characteristic. Some people will experience sensitivity to glare, adapt slowly in shifts from light to dark and dark to light, and may see poorly in dim illumination.

Effect on Behavior: Persons with reduced peripheral vision tend to have problems getting around. It is not unusual, for example, for them to bump into things. When travelling outdoors, they may have difficulty seeing the general flow of people, cars and objects, and therefore may be reluctant to travel alone. People with advanced glaucoma may also have difficulty reading because the print can to appear faded and blurred.

Prevention/Treatment: Vision loss due to glaucoma can be prevented if the disease is detected and treated at an early stage. Because there are rarely any symptoms,

glaucoma is best detected during a regular eye examination. If glaucoma is present, treatment with eye drops, pills, laser or sometimes surgery will be recommended. Glaucoma cannot be cured, but vision loss can be minimized or prevented with proper treatment.

Practical Suggestions:

- Put household objects in designated places. A person with peripheral vision loss may have trouble locating misplaced things or may knock over objects which are in unfamiliar places.
- If necessary, teach scanning techniques for retrieving lost objects.
- In work areas keep all objects and materials in a confined space.

Macular degeneration is the leading cause of vision loss among older people. The macula is a small area in the center of the retina which enables us to read and to see small, fine detail. Macular degeneration is a condition in which the macula deteriorates and loses its ability to function efficiently.

Effect on Vision: Macular degeneration impairs central vision, but does not affect peripheral vision. Its early signs include: blurring of reading matter, distortion of central vision or a dark spot in the center of the visual field. Macular degeneration does not cause total vision loss.

Effect on Behavior: Persons with macular degeneration may be unable to see and recognize faces, and perform detailed work, such as reading and sewing. Sometimes, they may become depressed when they feel that they can no longer do some of the things they enjoyed. Rarely does a person mith macular degeneration experience mobility problems, but color vision may be affected.

Treatment: There is no cure for this disorder. However, new techniques are being developed to detect and treat it at its earliest stage. Consult an ophthalmologist for the latest update.

Practical Suggestion:

- Magnification is the most significant method to improve functional ability. It can be achieved with optical devices which require evaluation and prescription by a low vision specialist and with non-optical devices such as large print.

Diabetic maculopathy is a complication of diabetes. The small vessels that nourish the retina may weaken and leak blood into the eye's clear liquid. Damage to the retina may also occur. Not all diabetics develop maculopathy, but most people who have had diabetes for over 15 years have some blood vessel damage in their eyes.

Effect on Vision: Diabetic maculopathy generally affects central vision, but the amount and type of vision loss vary with the severity of blood vessel damage. Near vision may also be affected, with print often appearing distorted or blurred.

Effect on Behavior: If central vision loss is severe, behavioral changes will resemble those that occur in macular degeneration. Frequently people who have visual complications from diabetes experience daily changes in their visual ability. Some days they can see better than other days. This naturally raises a person's general anxiety level.

Treatment: Diabetics must pay special attention to their eyes. If diabetic maculopathy is diagnosed early, blindness can usually be avoided. Laser treatments can effectively seal abnormal blood vessels, thereby reducing vision loss. Proper control of blood sugar levels can greatly help reduce visual complications. Regular eye examinations by an ophthalmologist is the only way to minimize the risk of severe vision loss due to diabetes.

Practical Suggestions:

- Have regular eye examinations.
- If there has been some loss of central vision, follow the suggestions listed for macular degeneration.

Illumination needs are greater as we age because less light is able to pass through the lens of the eye. Older people require more light to perform detailed tasks.

Low Vision When eyeglasses, contact lenses, medical treatment and surgery are unable to correct a person's sight, that person is said to have low vision. People with low vision are not blind, but they cannot see within the range of normal. Among older people, low vision usually results from one of the eye conditions already discussed. People with this problem should be examined by an ophthalmologist or optometrist specially trained in low vision evaluation and prescription. These clinicians may suggest low vision optical devices that magnify an image or redirect the image to a healthy part of the retina. Low vision optical devices help people to use their remaining vision most effectively.

Magnification makes distant objects appear clearer or larger. High powered spectacles, hand magnifiers, magnifiers that stand on a page, or telescopic lenses may be recommended. Low vision devices cannot restore normal vision and are sometimes tedious to use. But these lenses are often the only way an older person with vision loss might be able to read the label of a medicine bottle or a letter from a dear friend. A good low vision examination will include instruction on the effective use of these devices.

If a person with the best corrective lenses can see no more at a distance of 20 feet than someone with normal sight can see at a distance of 200 feet, that person is considered legally blind. This definition is used by most states and the federal government to determine eligibility for income tax exemptions and special educational and rehabilitation services. Visual acuity of 20/200, although called legal blindness, is not in and of itself an indicator that person functions poorly. Most legally blind people function very well.

Improving the Environment

The physical environment in which older people live can have a significant influence, both positive and negative, on their ability to maintain independence and enjoy a high quality of life. An environment should be created which enables older people to make the best possible use of their vision. There are three areas which should be considered: illumination, glare and color contrast.

Illumination: Appropriate lighting in each room of one's home will make activities easier and safer. It is wise to have light bulbs or lamps in different places in a room to provide adequate overall illumination as well as specific sources of direct light near chairs and tables. When reading, try to insure that the light is directed on the printed matter. Illuminate entrances, exits and stairwells. To save on electricity costs, many older adults do not adequately illuminate rooms. Dimmer switches and three-way light bulbs permit adjustable levels of light and maximize electrical efficiency.

Glare: Reducing glare in an indoor environment benefits all older people, especially those with cataracts. Glare can hinder sight, and may lead to unnecessary falls. Light-reflecting surfaces, such as glossy plastic tablecloths and highly waxed vinyl or linoleum floors, are particularly troublesome for older people. Glare can be reduced and sometimes eliminated with non- glare wax and by covering flat surfaces with dull (matte) finish tablecloths and placemats. Windows should have blinds or shades that can be drawn to protect a room from sunlight glare.

Color/Contrast: Using colors to create contrast in the home environment is an important step in helping visually impaired people improve their daily functioning. Closely related colors or shades may blend, making it impossible for a visually impaired person to perceive differences. For example, if a white plate is placed on a white tablecloth, and the plate contains rice, cauliflower and fish, a person with low vision may be unable to differentiate anything on the table or the plate. It would be better to use a dark cloth with a white plate, and serve peas instead of cauliflower. Similarly, if carpets and furniture are all in the same color family, it may be hard to distinguish specific items. Try to introduce color contrasts wherever possible to differentiate objects, doorknobs, switches, etc.

When More Help is Needed

When vision loss is severe, additional products and special services are available to help people maintain independence at home and in the community. There are several commercial products which may help older adults with severe vision loss. These include large print clocks and telephone dials; sewing aids; bold color marking devices; pouring devices; and "talking" watches, scales, thermometers and calculators. For leisure activities, large print playing cards are available, and games like checkers, bingo and scrabble have been adapted for people with a vision loss.

The Library of Congress lends special cassette players and books on tape to the visually impaired. Details are available at all local libraries. Many cities offer special radio programming for people with visual impairments. Older people with vision loss may need special services, such as mobility instruction to travel independently in the community or rehabilitation instruction in techniques of daily living and home management. Professional instructors can assess a person's functional ability, recommend useful products and, when appropriate, teach severely visually impaired people to compensate for vision loss. For more information, contact your local agency for the visually impaired or one of the agencies listed below.

Reading Aids and Materials:

National Library Service for the Blind and Physically Handicapped
1291 Taylor Street Washington, D.C.
20504 (202) 287-5100

The New York Times/Large Print Weekly
P.O. Box 2570
Boulder, CO 80302
1-800-631-2500

Readers Digest/Large Type Edition
P.O. Box 241
Mount Morris, IL 61054

National Association for Visually Handicapped, Inc.
304 East 24th Street
New York, NY 10010
(212) 889-3141

Choice Magazine Listening
Box 10
Port Washington, NY 11050
(516) 883-8280

Products for People with Vision Problems: American Foundation for the Blind
15 West 16 Street
New York, NY 10011
(212) 620-2000

Consumer Products Catalogues: Aids and Devices for the Visually and Physically Handicapped Independent Living Aids
11 Commercial Court
Plainview, NY 11802
(516) 681-8288

Eye/Vision Care Clinical Organizations:
American Academy of Ophthalmology
655 Beach Street
P.O. Box 7424
San Francisco, CA 94120
(415) 921-4700

National Eye Care Project Hotline
1-800-222-EYES

American Optometric Association
243 North Lindbergh Boulevard
St. Louis, MO 63141
(314) 991-4100

Information and Referral Services: The Lighthouse
National Center for Vision and Aging
111 East 59th Street
New York, NY 10022
(212) 355-2200 (NYC)
1-800-334-5497

Hearing and Speech

An estimated 24 million people in the United States — most of them elderly — suffer from some type of speech, language, or hearing handicap. Aging itself is the major cause of hearing disorders; speech and language disorders, however, are usually caused by acquired neurological diseases or head/neck cancer and are not significantly affected by the normal aging process.

This section describes various hearing and speech disorders and offers practical steps on how to improve communication with impaired older adults.

Age-Related Hearing and Speech Problems

Presbycusis is a permanent, irreversible communication disorder characterized by a progressive breakdown of hearing. It is caused by physical changes in the inner ear and the degeneration of inner structures. Presbycusis is a bi-product of aging. Thirty percent (30%) of the population between ages 65 and 74, and 50% over age 75 experience significant hearing loss.

Symptoms: Presbycusis is easily detected, but often goes untreated. Older adults may be aware of the hearing disorder and may accuse people of not speaking clearly. Symptoms include: difficulty distinguishing words that sound similar; an inability to hear high pitched sounds such as a young child's voice; difficulty understanding over the telephone; problems in following conversations in group situations; saying "what?" frequently; and turning up the volume on the television.

Effect on Behavior: Presbycusis causes a hearing loss that impairs the understanding of speech. Hearing loss can lead to behavioral changes such as withdrawal, frustration, anger and embarrassment. Some hearing impaired elderly are mistakenly thought to be confused, paranoid, senile, uncooperative, or unresponsive. To avoid the embarrassment and frustration of asking people to repeat themselves, those affected tend to withdraw socially and become depressed by their inability to interact with others.

Treatment and Rehabilitation: Sudden changes in hearing should be brought to the immediate attention of your family physician. More complicated cases might require the expertise of an otolaryngologist, a physician who specializes in the treatment of ear, nose and throat disorders. Some physicians may refer patients to audiologists, professionals who specialize in diagnosing and treating communication disorders associated with hearing loss.

To assess hearing, the audiologist administers a painless hearing test with an audiometer, a device that produces sounds of varying intensity and pitch. The audiologist will conduct a battery of audiological tests to define the nature and extent of the hearing problem and its effect on communication.

If indicated, the audiologist will develop a plan of audiologic rehabilitation which may include use of a hearing aid; use of various assistive listening devices; counseling with the patient and family concerning the communication disorder; and/or a program of speech reading (lip reading) and auditory training to reduce the handicapping consequences of the hearing impairment.

Hearing aids

Many styles and models of hearing aids are currently available that can help individuals compensate for hearing problems. While many elderly persons can be helped with hearing aids, some may not significantly benefit. It is important that an audiologist carefully evaluate a person's potential for wearing this device. Increased volume from an improper hearing aid tends to make sounds louder, but more distorted and thus more difficult to interpret. The hearing impaired consumer should have a realistic expectation that a hearing aid will not restore, but rather, compensate normal hearing.

The audiologist may dispense the hearing aid or refer the individual to a hearing aid dispenser to order and fit the prescribed device. Caregivers should plan to attend follow-up training sessions that are provided by the audiologist to better understand the operation, care, and limitations of the hearing aid. The audiologist will also stress methods that can be used to alter one's communication style and enhance successful adjustment to the use of the hearing aid.

Special reading and auditory training

Persons with or without hearing aid(s) might need specialized training in speech reading and auditory training. Speech reading (commonly known as lip reading) enables the person to receive additional visual cues from lip movements, facial expressions, gestures, and body language to aid in auditory comprehension. Auditory training exercises improve listening skill.

Counseling

Counseling by the audiologist can provide both patient and caregiver with a better understanding of how a hearing impairment affects communication. Primary caregivers as well as family members should be aware of problems so that they can lend support and assistance. Without effective counseling, many caregivers might not understand the nature of the communication problem and household battles over such trivial issues as how loud the television should be, will ensue. Caregivers must also learn to understand why the person with a hearing loss tends to withdraw socially.

Listening devices

An audiologist may recommend the purchase of a commercial assistive listening device that may help with understanding speech in such situations as on the telephone, in an automobile, in theaters, and when watching television or listening to the radio. Assistive listening devices are amplification systems which improve hearing ability by delivering the desired signal (speech, music, etc.) directly to the listener's ears, and thus reducing background noise.

Practical Suggestions:

- Communicate face to face so the hearing impaired individual can take advantage of visual cues, such as facial and body gestures.
- Never cover your mouth, mumble, or eat while speaking.
- Get the person's attention before you start talking. Identify your discussion topic. Avoid changing topics rapidly.
- Speak naturally. Speak slightly louder and a little more slowly, but avoid shouting which will distort the message.
- Remember that the hearing impaired person generally prefers conversation one to one or in a small group where everyone is not talking at once.
- Reduce background noise as much as possible. Turn off the television or stereo, or move to a quieter area.
- Avoid remarks such as "he/she can hear when they want to." Hearing ability fluctuates significantly and depends on various complicating factors.
- Never speak directly into a person's ear. This may distort your speech and will hide all visual cues that can be derived.
- Never engage in long-range communication, such as talking across the room or from another room. The best distance is no greater than three to six feet.
- Find out if the person has a better ear and position yourself so that your speech is directed toward that ear.
- Rephrase statements that are not understood into short, concise sentences.
- Give written clues, if necessary. Sometimes only one or two written words can clarify a message.
- Long and drawn out conversations should be avoided.
- Expect failures and misunderstandings to occur. Avoid blaming each other for miscommunication and attempt to compensate for the hearing loss in an honest and open manner.
- Refer the person to the audiologist and/or hearing aid dealer, if the hearing aid is not working.
- Encourage routine annual hearing evaluations by the audiologist.
- Find out if there is a local chapter of the Self Help for Hard of Hearing (SHHH) group and plan to attend meetings to gain support and encouragement.

Aphasia

Aphasia can be identified as difficulty with understanding and expressing language. The major cause of aphasia is brain injury sustained from a stroke. Other less common causes of aphasia are head injuries, brain infections, brain tumors and other neurological diseases. In the case of stroke, the normal flow of blood carrying oxygen to the brain is cut off, which damages brain cells that control speech and language function.

Symptoms: Aphasia is a multimodality language disorder. All aspects of language, including speech, comprehension, reading, writing and even gesturing, are affected. People who have recovered from aphasia report the feeling of being thrust into a foreign country, where they cannot understand what others are saying nor be understood. Intellectual functioning, however, is generally not impaired in aphasia. Often caregivers misinterpret aphasic symptoms and treat the aphasic person as a child. Although language may be significantly impaired, it is important to remember that the person with aphasia retains interests at an adult level.

Effect on Behavior: Adults with aphasia may experience radical mood changes. They may become easily frustrated, due to an inability to verbally vent their feelings. They may display a phenomenon called emotional lability which focuses on excessive and inappropriate laughing and/or crying. An aphasic person may retain the ability to produce clearly spoken words and use common phrases such as "hello" and "how are you." These phrases are automatic and represent a very low level of expressive

language. It is also common for an aphasic person, who is usually incapable of verbal expression, to use profanity fluently. Caregivers should be aware that profanity is generally beyond the aphasic's control.

Some common types of aphasia and their effects

- Broca's aphasia or nonfluent aphasia affects both speech and writing. Persons with Broca's aphasia know what they want to say but are unable to find the words to express their thoughts. Their speech pattern is labored and halting and consists of rudimentary grammar such as "sit chair?" for "is it all right if I sit in that chair?." People with Broca's aphasia are able to think, but are unable to organize speech movements to express these thoughts. Understanding of the spoken word is only mildly impaired.
- Wernicke's aphasia or fluent aphasia is characterized by the difficulty to understand spoken and written language. Persons with Wernicke's aphasia can hear voices and see the written words, but cannot understand or interpret these words. The individual effortlessly produces speech that is usually devoid of meaning.
- The most extreme form of aphasia is known as Global aphasia. Individuals with Global aphasia suffer from an almost complete loss of functional ability to use speech and language. They have severe difficulty in speaking, understanding the spoken word, reading, and writing. Global aphasia directly relates to wide-spread injury of the areas of the brain that control speech-language functioning.

Treatment and Rehabilitation: A treatment program is administered by a speech-language pathologist, who will thoroughly evaluate the patient's communication strengths and weaknesses. A battery of tests is given to assess the ability to comprehend speech, read, write, speak, and do basic mathematical problems.

The prognosis from aphasia is difficult to predict. Factors that tend to affect prognosis are: the amount of brain injury sustained; the type of stroke suffered; the patient's motivation; the amount of family support and cooperation; and the therapy program. Almost all aphasic patients will profit from therapy.

Treatment sessions are both intensive and personalized. Their focus is not on learning language, as in child language therapy, but rather on recovering language skills such as speech, listening, reading, and writing. Group aphasia therapy is also available to augment individual sessions. Group instruction can help the patient and family overcome the psychosocial and emotional barriers that aphasia presents.

Practical Suggestions:

- Be a patient listener. Persons with aphasia take extra time to communicate. Don't rush them or talk for them. oEncourage non-verbal communication. Some patients may need to gesture to express their basic wants and needs.
- Be a language stimulator, not a teacher. Remember, the aphasic individual does not have to learn language like a child.
- Treat the older adult with dignity and respect, without being condescending.
- Speak a little slower to allow enough time for the aphasic individual to understand what is being said. Communicate one idea at a time and reduce the complexity of language. Keep the content, however, at an adult level.
- Create opportunities in which the aphasic person can communicate and use the language skills they are recovering.
- Get involved with a stroke group that may be meeting in your area. Contact your local chapter of the American Heart Association for information.

Dementia or generalized brain damage

Dementia or generalized brain damage can change one's mental abilities and personality, thus making it difficult to communicate. Alzheimer's disease is the most common cause of dementia , accounting for 70% of all cases. Multi-infarct dementia is responsible for 20%; and Parkinson's, Pick's and Huntington's diseases and other conditions for 10%. The confused language pattern exhibited by dementia patients usually results from damage to both hemispheres (halves) of the brain.

Symptoms: Individuals with dementia may be confused and disoriented. They are unable to learn new information, and have a tendency to undergo personality changes, become apathetic, and withdraw socially.

Effect on Behavior: Language patterns can fluctuate from being unintelligible to inappropriately eloquent. Confused individuals tend to dwell on one idea and may repeat the same phrase over and over again. Activities of daily living and self-care skills, such as dressing, eating and toileting may be impaired. Short-term memory is typically affected.

Treatment and Rehabilitation: Consult a speech-language pathologist. He or she will suggest appropriate methods to facilitate communication with the confused person.

Practical Suggestions

- Structure questions so that they can be answered simply, for example, with a yes/no response.
- Increase visual cues, such as pointing and gesturing.
- Avoid cliches and other abstractions. Be direct, literal, and to the point.
- Repeat words and phrases as often as needed.
- Get the person's attention before communicating. Establish eye contact.
- Follow a strict daily routine. A consistent pattern of everyday activities will help the confused individual in memory and orientation.
- Present information one piece at a time. Break down tasks into small steps.
- Attend meetings of the Alzheimer's Disease and Related Disorders Association in your area.

Dysarthria is a speech disorder that results from weakness and/or incoordination of the nerves and muscles that control speech. Dysarthria can be caused by progressive neurological diseases such as Parkinson's or Lou Gehrig's disease; or by conditions such as stroke or head injuries.

Symptoms: In dysarthria, the speech mechanisms that control respiration, voice production, resonation, and articulation are affected. Many individuals with dysarthric speech patterns also have difficulty swallowing. Dysarthric speech ranges from being slightly distorted to unintelligible. Persons with dysarthria are usually able to understand spoken and written language.

Treatment and Rehabilitation: Speech therapy programs, which teach individuals ways to improve overall speech intelligibility, can be effective. In more severe dysarthria, augmentative communication devices, such as picture boards, computers and speech synthesizers, may be helpful.

Practical Suggestions:

- Be a careful, patient listener. Allow extra time for communication.
- Reduce background noise that may compete with the person's speech.
- Consider using augmentative communication devices for the person with severe dysarthria.
- Observe facial expressions, body language, and lip and tongue movements to enhance your understanding capabilities.

- Encourage the person with dysarthria to modify this speech pattern. This can be done by asking him to speak slower, louder and in shorter sentences.

- Consult a licensed speech-language pathologist.

Cancer of the Larynx.

Cancer of the larynx (or voice box) is linked to cigarette smoking and heavy alcohol consumption. A laryngectomy, or surgical removal of the voice box, is performed in one-third of these cancer cases.

Symptoms: The symptoms of laryngeal cancer are: persistent and progressive

- hoarseness; change in voice pitch; persistent sore throat and/or earache; difficulty in swallowing; and lump in the throat.

Treatment and Rehabilitation: For most laryngeal cancer patients, early diagnosis and treatment will ensure that the larynx is saved and normal speech is preserved. Radiation therapy is effective for small localized cancers. For more advanced cases, surgery is the preferred treatment. A single vocal cord or the entire larnyx may be removed. If a laryngectomy is performed, several physical changes will occur. In addition to voice loss, the patient will be unable to breathe through his nose or mouth. Instead he must take in air through a small opening, or stoma, made in the base of the neck. The senses of taste and smell will no longer be as keen. Intelligible speech, however, may be restored with speech therapy. Following surgery, the laryngectomee will usually learn to use an artificial larynx, a hand-held, battery-powered device that enables him to transmit sound.

The laryngectomee uses the sound produced by this device as a voicing source. To produce intelligible speech, he must carefully pronounce and articulate words and phrases.

The newest technique in voice restoration involves creating a small opening between the trachea and the esophagus. A prosthetic device, which is inserted into this space, directs air to the structures of the esophagus and throat that are vibrated to produce voice.

Practical Suggestions:

- Learn to accept the mechanical sound of the artificial larynx.

- Be patient with the new laryngectomee. In the initial stages of therapy, his speech will be difficult to understand.

- Reduce background noise that will compete with the low volume of the laryngectomee's voice.

- Remember that the only things that have changed about the laryngectomee are alterations in speech and breathing.

- If you do not understand the message, be honest. Do not fake understanding.

- Speak naturally to the laryngectomee. Do not whisper, shout, or speak in a condescending manner.

- Do not talk for the laryngectomee. Avoid looking to someone else to answer questions for him.

Where to Get Help for Communication Disorders:

If you have trouble locating a licensed speech-language pathologist or audiologist, assistance can be obtained by contacting: the **National Association for Hearing and Speech Action** at 800-638-8255; or 33**Speech-Language-Hearing Association,** 111 Washington Avenue, Suite 600, Albany, New York 12210, (518-463-5272).

Financial Assistance

Possible financial assistance may be available for the partial or total payment of hearing and speech rehabilitative services and communication devices such as hearing aids. It should be noted that most governmental and insurance plans covering speech-language pathology and audiology services require a medical referral to qualify for funding. Possible sources of funding are listed below.

- **Medicare-**May cover speech-language evaluation and therapy. Medicare will not cover the cost of hearing aid evaluations, or the purchase of hearing aids.
- **Medicaid-**Will cover speech-language evaluations and treatment, hearing tests, hearing aid evaluations, and the purchase of hearing aids.
- **Private Insurance Policies-**Coverage varies widely according to the policy. Contact your insurance carrier for further information.
- **Veterans' Administration-** Rehabilitative services and hearing aids may be covered if individuals are eligible veterans.
- **The Office of Vocational Rehabilitation-**Possible funding for speech and hearing services and devices may be available for eligible individuals.

More Information:

American Academy of Otolaryngology/Head and Neck Surgery, 1001 Vermont Ave., N.W. Suite 302, Washington, D.C. 20005. Request information on hearing disorders.

American Cancer Society, Contact your local chapter and request information on

American Heart Association, 7320 Greenville Ave., Dallas, Texas 75231. Pamphlet available: Aphasia and the Family. May also be available through your local chapter of the Heart Association.

American Speech-Language-Hearing Association, 10801 Rockville Pike, Rockville, Maryland 20852. Publication available: Communication Problems and Behaviors of Older Americans.

International Association of Laryngectomees, 90 Park Avenue, New York, New York, 10016. Ask for pamphlets and booklets on cancer of the larnyx and laryngectomy.

Lauder, Edmond, 11115 Whisper Hollow, San Antonio, Texas, 78230. Book available: *Self-Help for the Laryngectomee.*

National Association for Hearing and Speech Action, 10801 Rockville Pike, Rockville, Maryland 20852 (800-638-8255). Information available on communication problems of the elderly. Can also provide a list of certified speech-language pathologists and audiologists in New York State.

Session 4

Finding and using community resources

The most important resource for the older person is the support offered by family, friends and neighbors. Community resources or long-term care services exist to supplement and strengthen, not supplant, efforts of informal caregivers. Many services have been created to meet the physical, social, and emotional needs of the elderly to enable them to remain in the community. Dealing with any bureaucratic agency can be frustrating. You should keep an informal written record, a log or diary, for recording information you will need later on. The following suggestions will help you cut through red tape and find the assistance you need.

- **Be specific.** Know exactly what you want before you call a particular agency. Talk to the care-receiver, to the doctor, clergy, social worker, etc., and get a clear idea of the type of service you want. If you are unsure of the exact type of agency you need, contact your local Office for the Aging. Your local Office for the Aging will provide you with a direct reference or at least with an idea of the type of agency to call. Or call your local city or county Public and/or Mental Health Departments, Department of Social Services or Social Security Administration.

- **Be polite but firm.** Do not lose your temper and hang up. Explain your problem or need as clearly and as often as necessary.

- **Try to call in the morning or right after lunch.** These are probably the best times to reach case-workers.

- **Don't apologize when asking for help.** If your elderly relative or you cannot afford even a minimal fee, say so! Many times these agencies receive money through taxes, contributions, and other sources which may pay any charges for the services. Also, some agencies have free volunteer services.

- **Get the name of everyone you talk to.** If someone is rude, refuses to help or is impolite, don't lose your temper, remain calm but demand to talk to their supervisor.

- **If the agency requires an intake interview, be prepared**, take all relevant legal and financial papers with you. If you feel stressed, take someone along with you. If necessary, take notes during the interview and be sure you are clear as to what is going to happen and what responsibilities you have, including legal and financial.

- **In summary, be assertive** and you'll end up with what you want or at least be on the right track.

This section will provide an overview of the community resources and services that are available to assist the older person. Not all of the services described here will be appropriate for each individual.

Information and Referral Services

Information and Referral Services are good places to begin to obtain information on services available in your community. The local Office for the Aging's number is in the blue pages of your telephone directory. It should be able to steer you toward specific programs offered to seniors and their families. It is important to remember that you may have to make more than one phone call to obtain all the information you need; but this is time well spent.

When you call for information, have relevant data about the older person ready. Programs for the elderly have a variety of eligibility criteria. Some will want to know the client's physican, health and functional status. Others may require information on the person's income or assets. These details

can be crucial in directing you not only to appropriate services, but also in helping to determine whether the older person is eligible for various programs.

Case Management

Case Management is a service provided by trained individuals who assess elderly clients and obtain services on their behalf. In most communities, case managers or case workers will meet with you in your home to discuss the specifics of your situation and to advise you on what community resources exist to help you. Your local Office for the Aging's Information and Referral Services will help you locate a case manager.

Income and Financial Programs

Financial assistance and entitlement programs are vitaly important to the well-being of the elderly. Programs may be administered by federal, state or even county governments. Many have similar names, but different purposes, benefits and eligibility criteria. Key federal programs include: Social Security; Social Security Disability Benefits; Supplemental Security Income (SSI); Emergency Assistance to Adults; Medicare and Medicaid; Food Stamps; and Veterans' Benefits. As valuable and critical as these programs are, it may be difficult to contact and obtain them. Phone lines may be constantly busy when you call. The person you speak to may not be as responsive to you or as sensitive to your situation as you deserve. It is your right to be firm and persistent in pursuing answers to your questions. A case manager can help you sort through the complex maze of financial programs.

Social Security

All of us are familiar with Social Security because we make contributions to it. In every paycheck, there is a deduction called "FICA" (Federal Insurance Contribution Act) which refers to the amount we contribute to the Social Security system. Congress passed the Social Security Act in 1935 to provide some financial protection to Americans. Today, 32.5 million people receive monthly checks; it is the main source of income for most people over age 65.

Any person who has worked at a job covered by Social Security long enough to qualify will be eligible to receive monthly benefits upon retirement. The benefits are based on average years' earnings. If you retire at age 62, you will receive about 20% less than if you retire at 65.

The spouse of a person collecting Social Security is entitled to spousal benefits when reaching age 62, regardless of employment history. This payment would be about 37%. If application is made at age 65, the amount would be 50%. When applying for Social Security benefits, bring your Social Security card, birth certificate, and, if married, your marriage certificate. If possible, bring last year's federal income statement, called Form W-2, so that it can be computed into your benefits.

The death benefit for an insured worker is $255. This is paid to the survivor's spouse or to children under 18. A person collecting benefits on the spouse's work record who had never been employed is not covered by the $255 death benefit.

To qualify for disability benefits under Social Security, you must be unable to work for at least 12 months. A person can also qualify for disability benefits because of mental or emotional problems. Benefits are also extended to the spouse and children of disabled workers. Disabled widows and widowers at age 50 can receive benefits based on their deceased spouses' work record. No benefits can be paid for the first 5 months of disability. Therefore, the first payment is for the sixth full month. It is important to apply soon after the disability starts because back payments are limited to the 12 months preceding the month you apply.

Supplemental Security Income (SSI)

SSI is a federal cash benefit program for the aged and disabled who have low incomes. The program began in January 1974, as a result of a law passed by the United States Congress. SSI is not welfare. To get SSI benefits, a person or a couple must be over age 65, have low income(s) and have a limited amount of assets. People under age 65, who are blind or disabled, are also eligible for SSI.

The Social Security Administration runs the Social Security program and the SSI program, but the programs are not the same and there are different rules for each. People can get benefits under both programs at the same time, but you must remember that Social Security benefits are counted as income which is deducted from SSI benefits. The checks do not come in the mail on the same day. SSI comes on the first of the month; Social Security checks on the 3rd.

SSI funds come from the general treasury of the United States.

Applications for SSI can be filed at any Social Security office.

Bring the following if you have them.

1. Medicare card
2. Medicaid card
3. Rent receipt
4. Bankbook and checking account (bank statement)
5. Award letter from Social Security or copy of a current social security check
6. Pension check or letter
7. Citizenship papers or Green Card
8. Birth certificate

If you are accepted for SSI benefits, you automatically receive your Medicaid card. Food stamps must be applied for. A person under 65 may apply for SSI if there is a physical or mental impairment. The impairment must last for at least 12 months. The impairment, whether physical or mental, must render an applicant unemployable.

Veterans' Benefits

There are special veterans' benefits available to people age 65 and older who either served 90 days or more of honorable active wartime service or served less time, but were discharged because of disabilities related to their service. Widows and widowers of such veterans are also eligible for benefits regardless of their age. Since there are many factors that affect eligibility, it is important to call or visit the Veterans Administration office for assistance in applying for benefits.

Other financial assistance programs are available to New York State elderly. These include: the Home Energy Assistance Program (HEAP); Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage (EPIC); and tax reduction programs.

The Home Energy Assistance Program (HEAP) helps low income elderly pay utility bills. Documentation of household income is required when applying for HEAP. Other monies may be available to individuals whose utilities will be, or already have been, terminated. At times, money for home winterization and weatherization may be available. Information on the HEAP program may be obtained by calling the HEAP hotline at 1-800-342-9871 or your local Office for the Aging.

Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage (EPIC) is New York State's cost sharing plan to help income eligible State residents 65 and older save up to 60% on the cost of prescription drugs. EPIC offers two insurance plans: Comprehensive — for low to moderate incomes; and Catastrophic — for higher incomes where more than 4 1/2% of annual income will be spent on prescription drugs. Further information is

available from the EPIC hotline, 1-800-332-3742, or from your local Office for the Aging.

Tax Reduction may be available to low income elderly who rent or own their homes through what is called the IT-214 circuit breaker. Applications are available by calling your local Office for the Aging.

Tax reduction for low income elderly homeowners may also be available through what is called the IT-214 circuit breaker. Applications are available by calling your local Office for the Aging.

Tax reduction for low income elderly homeowners may also be available through your locality. For more information, call your city or town hall, or local assessor.

A smattering of smaller financial programs exists. Available through the telephone company, Lifeline provides a $2.60 discount on monthly phone bills to all Medicaid, SSI, Food Stamps and HEAP recipients. The Silver Pages is a community telephone directory that offers senior citizens discounts. For more information on these and other community services, call your local Office for the Aging.

Medicare and Medicaid Benefits

Medicare and Medicaid are two programs that people often confuse because of the similarity in names and the fact that they both help people pay for health and medical expenses. Medicare is a health insurance program for people age 65 and older. Medicaid is an assistance program that pays medical bills for those people who cannot afford the cost of necessary health care, and whose assets and income are within specific limits.

Medicare

Medicare is a health insurance program for people 65 and older, regardless of their income, who qualify for Social Security benefits, and for some people under 65 who are disabled. Medicare helps pay for many, but not all, health care expenses. Medicare has two parts: hospital insurance (referred to as Part A) and medical insurance (referred to as Part B).

Medicare hospital insurance (Part A) is available free to anyone who is at least 65 and is entitled to Social Security or Railroad Retirement benefits. Older persons not eligible for one of these benefits can purchase Medicare hospitalization insurance. It helps pay for four kinds of care:

1. inpatient hospital care;
2. medically necessary inpatient care in a skilled nursing facility after a hospital stay;
3. home health care;
4. hospice care.

Medicare medical insurance (Part B) is optional for all who qualify for Part A (hospitalization insurance). The monthly premium is deducted from your Social Security check. Most older Americans purchase this supplementary insurance since it covers many items Part A does not cover. It can help pay for: doctor's services; outpatient hospital care; outpatient physical therapy and speech pathology services; home health care; and many other health services and supplies which are not covered by Medicare hospital insurance.

When you seek health services, ask if the persons or organizations are approved for Medicare payments. If they are not, the individual will be responsible for the bill.

Application for Medicare should be made three months prior to a recipient's 65th birthday. Call the local Social Security office. A telephone representative will ask a few questions and answer your questions. Representatives are also available for home visits if necessary. Free publications describing Medicare are also available. It is important to get updated copies every year because Medicare rules and benefits change.

Medicaid

Medicaid pays for medical care and services for individuals and families with very limited assets and income who cannot afford to pay all of their medical bills. It is especially valuable to older people with serious, recurring health problems, who cannot meet all of their medical expenses from Medicare alone. A person may be eligible for partial assistance or for complete medical coverage depending upon monthly income and assets.

Don't apologize when asking for help. If your elderly relative or you cannot afford even a minimal fee, say so!

When seeking services, find out if the agency accepts Medicaid payments. If not, you will be responsible for the bill. Payment is made directly to the doctor or other health care provider. No money is paid to the client. At the present time, (1987) Medicaid may pay for the following: payments. If they are not, the individual will be responsible for the bill. Payment is made directly to the doctor or other health care provider. No money is paid to the client. At the present time, (1987) Medicaid may pay for the following:

- hospital inpatient and outpatient services
- laboratory and X-ray services
- care in a skilled nursing home
- care in a health-related nursing home
- care through home health agencies
- treatment by physicians, dentists and podiatrists
- eye care
- hearing aids
- treatment in psychiatric hospitals and mental health facilities
- drugs, supplies, equipment
- clinic services
- physical, occupational and speech therapy
- private duty nursing
- home health personal care services
- transportation to Medicaid-covered medical services

To apply for Medicaid, a person or representative must apply in person at the County Department of Social Services to determine eligibility. Call first for a list of items needed when applying and request current free publications describing Medicaid eligibility and services.

In-Home Services

Many services are available to the older person who lives at home. Generally, these services seek to enhance the older person's sense of security, safety and competence. Further information on these services, briefly described below, may be obtained through your local Office for the Aging.

Telephone Reassurance Programs: Volunteers call the elderly daily at a designated hour to check on them.

Friendly Visitors and Senior Companions: Volunteers make regular visits to home-bound persons to assist with such tasks as writing letters, shopping and light household work. For many older persons, this visit provides an important link to the community.

Errand and Chore Services: Assistance offered in and around the home may include cleaning, shopping, lawn care and running errands.

Emergency Response Systems: For a monthly fee, many hospitals and home care agencies offer a special emergency device to homebound elderly. If an emergency occurs, this device may trigger an alarm to police and rescue squads.

Home Health Care

Sometimes the older person needs more extensive home care. Home health aides may be hired to do housework, shop, prepare meals, and provide personal care such as dressing and bathing. Home care may be obtained through Medicare, Medicaid, your local Office for the Aging's Expanded In-Home Services to the Elderly Program (EISEP) or by purchasing these services directly from a home care agency. Home care services and potential funding sources for these services are described below.

Medicare will pay for home health visits if four conditions are met.

- Care includes part-time skilled nursing, physical therapy, or speech therapy.
- The patient is confined to the home.
- A doctor determines the need for care and sets up a home health plan.
- The home health agency is certified by the New York State Health Department as a Medicare provider. Medicare does not cover general household services, such as meal preparation and shopping.

In order to qualify for home care services under Medicaid, certain medical and financial eligibility criteria must be met. Provided on a long-term basis, Medicaid reimbursed home care is designed to assist people with chronic and debilitating health conditions.

For information on home care available through Medicare and Medicaid, contact your County Department of Social Services, your County Health Department, or your local Office for the Aging.

The Expanded In-Home Services to the Elderly Program (EISEP), developed by the New York State Office for the Aging in 1987, provides home health care to frail, isolated elderly who:

- do not qualify for Medicaid;
- are unable to perform activities of daily living;
- do not have informal support networks to meet their needs.

Services provided under EISEP may include case management, homemaker/personal care, housekeeper/chore, non-institutional respite and ancillary services. Before acceptance into EISEP, the individual's functional level and financial status are assessed. Candidates may receive totally subsidized services or be asked to pay for all or some of their care, depending on the outcome of the financial assessment. Statewide funding for this program is limited to only a small percentage of those eligible. For information, contact your local Office for the Aging.

Private Care Agencies

Home care is also provided by a large number of private agencies, which currently typically charge fees of $8 or $9 per hour. Be careful to contract only for the amount of service needed and to consider this option only when other less expensive services have been explored as alternatives. Your local Office for the Aging or case manager may help to arrange for more cost-effective home care.

Respite Services

Sometimes a caregiver needs some time-off from caregiving responsibilities. In some communities, respite services will provide 24-hour care to the older adult while the primary care provider is away. There are usually limitations to the number of days home-based respite services can be offered. For more information, contact your local Office for the Aging.

Other Home-Based Services

Other home-based services may be available in your community. The Red Cross operates loan closets and may be able to lend wheelchairs or hospital beds to you. Volunteer and civic groups may also have assistance programs.

Residental Care Residential Care is a generic phrase used to describe a system of services and programs which assist with health and personal care needs.

Nursing Home Care is for individuals who are chronically ill or recovering from an acute illness and who need extended care, but not hospitalization. Skilled Nursing Care is for people who need intensive, 24-hour- a-day care and supervision. Costs for skilled nursing care, while less than for nursing home care, are more than for intermediate nursing and custodial care.

Intermediate Nursing Care is for people who don't require skilled, round-the-clock care, but who typically need some nursing assistance and supervision.

Custodial Care is for people who require room and board, plus assistance with personal care, but who do not necessarily need health care services.

Most important in selecting the appropriate service or mix of programs is a complete and comprehensive assessment. What are the restrictions or inabilities of the older person? What are the financial considerations? What is the person realistically willing to consider? Get help in making these determinations from health and social agencies which offer assessment and case management services. Hospital social workers and discharge planners can be a resource for persons who are returning home after treatment for an acute illness. Your local Office for the Aging offers similar services for those whose needs develop while they reside in the community.

Nutrition Programs

Nutrition Programs for the elderly usually are congregate, or group dining; and home-delivered meals.

The New York State Office for the Aging supports a federally-funded group dining program throughout the State. The congregate meal program emphasizes good nutrition and the benefits derived from socialization and other program activity. Meal sites are in senior centers, churches and other neighborhood locations. Persons age 60 or older are eligible and their spouse of any age.

Voluntary, confidential contributions help pay for this program. Contributions are returned to each local budget to support additional meals. No one, however, is denied participation due to inability to contribute. Like many such voluntary contribution programs, the individual's involvement preserves his or her dignity and offers personal investment in the program.

Home-delivered meal programs (for example, Meals on Wheels) are part of New York's nutrition program, supported by federal and state funds. There are also private non-profit programs in some communities. Differences lie in eligibility criteria and cost. Most home-delivered meal programs have social work components to assure proper assessment of needs and linking to other community services. Your

local Office for the Aging can provide information about programs in your area.

Transportation

Transportation is an extremely important service for the elderly. All older adults, even those receiving services at home, need transportation to doctors, hospitals, and to public agencies.

Your local Office for the Aging can provide information on services in your community. Types of transportation include door-to-door van or taxi service. Many agencies, especially senior citizen recreation centers, have their own vans. However, they may restrict their services to members. For medical appointments and trips to public agencies, nutrition programs, banks and even shopping, the larger public or non-profit programs (such as the Red Cross) are more likely to offer a community-wide service. It is important to determine whether escort service is part of the service offered, and whether advance notice is required.

Cost for transportation may be a flat fee or voluntary confidential contribution depending on the providers' funding source. Medicaid recipients are eligible for transportation to meet medical needs when physicians' orders are submitted to the local Social Services office. Information on transportation is available at those community agencies mentioned above, as well as through your local Office for the Aging.

Adult Day Care Programs

Adult day care programs provide activities ranging from nursing care in hospital or nursing homes to mental stimulation and socialization/recreation programs in other settings. This type of care offers support to older persons who otherwise might be directed towards institutional care or for whom home-based programs are not available or appropriate.

Adult day care also offers respite services to family caregivers, as well as specialized support and training programs.

Check with your local Office for the Aging to determine what is available in your community.

Housing and Housing Related Programs

Most older people prefer to remain in their own homes. This can sometimes be costly, especially for those on low and fixed incomes. There are several programs designed to assist homeowners and retirees. The following is a brief description of these programs. You can always call your local Office for the Aging to determine what is available and how you might qualify. In addition to the Office for the Aging, you can call other organizations noted in the program description.

Housing Assistance Payments (HAP) (Section 8). This federal Housing and Urban development (HUD) program provides assistance to pay part of the rent in apartments or homes participating in the plan so that eligible elderly persons need not pay more than 30 percent of their income for rent. HUD makes up the difference to those taking part in the program.

Rural Housing Repair and Rehabilitation Loans and Grants (Section 504). The federal Farmers Home Administration (FmHA) provides low interest loans and grants to remove health, fire, sanitation or other hazardous conditions, for homeowners 62 or older who live in specified rural areas and who are unable to pay for all or any of the needed repairs.

Home Equity Conversion is designed to enable elderly homeowners to convert the equity of their home into cash while continuing to reside in their house. The payments received are designed to meet major expenses and supplement monthly income. There are several types of plans including: Reverse Mortgates, Sale-Leaseback arrangements and Deferred Payment Loans. Since such plans are complex, secure financial counseling. Contact your local Office for the Aging or bank.

Home Energy Assistance Program (HEAP). HEAP can help with the costs of electric, gas, oil, coal or wood bills. Even if heat and utilities are included in your rent, HEAP may be able to assist. Apply at your local Office for the Aging in person or by mail if you are 60 or older and the head of a household, or if you receive SSI and live alone.

Circuit Breaker provides tax credits or rebates to homeowners and renters who pay a disproportionate amount of property tax in relation to their household income. To apply, file New York State tax form IT-214. You can file this form even if you would not ordinarily have to file a state tax form.

Real Property Tax Exemption. Homeowners 65 and older may be eligible to reduce their real property tax up to 50%. New York State law allows each locality to set its own maximum income standard; at or below which a senior citizen property owner can quality annually for up to a 50% exemption. Contact your local assessor to find out what the qualifying income level is in your area. Different localities have different deadlines for applying.

Home Energy Audit and Loan Program. Anyone who owns or rents a one-to-four family home built before 1980 is eligible for a free home energy audit, with no restrictions on income level or type of fuel used. The audit determines which home energy improvements should be made to minimize energy waste. Utilities can arrange a low-interest loan to make recommended improvements. Contact your utility company, or the Public Service Commission.

Weatherization Assistance. The New York State Department of State administers the Weatherization Assistance Program which provides Community Action Agencies with funds to improve or repair eligible homes and apartments to make them more energy-efficient. Weatherization includes such services as weatherstripping, caulking, insulating, replacing storm doors and windows, and cleaning or minor repairs to heating equipemnt. Contact your local Community Action Agency.

Community-Utility Energy Assistance. Utility companies and their customers in New York State fund special assistance programs in their service areas. Each program can help pay energy bills and can also help pay for weatherization and repairs to heating equipment. New York State Electric & Gas sponsors Project Share, Niagara Mohawk sponsors Care and Share; National Fuel Gas sponsors Neighbor for Neighbor; Rochester Gas & Electric sponsors Community Heating Fund; and Orange & Rockland Utilities Co. sponsors Neighbor Fund, all operated by the Red Cross. Brooklyn Union Gas Company sponsors the Salvation Army Fuel Fund, operated by the Salvation Army. Contact the Red Cross or the Salvation Army.

Energy Conservation Bank. Nine utilities in New York State in cooperation with the State Energy Office operate the Energy Conservation Bank to fund conservation measures for New York State residents who own or rent one-to-four family homes and who are at or below the

area median income in the county. The Energy Conservation Bank can pay for 35% or more of the cost of home energy improvements, and for eligible senior citizens on a limited income, the Bank may pay the full cost of such improvements. For priority service, identify yourself as an elderly person. Call the New York State Energy Hotline at 1-800- 342-3722.

Housing Options

The apartment or house that was adequate when an individual was young may no longer be adequate. One or more of the following housing programs and alternatives may be helpful in solving housing problems.

Senior Citizen Housing: Affordable housing for older adults is available in many communities. Contact your local Housing Authority or the local Office for the Aging.

Adult Homes: For ambulatory and independent adults who require minimum supervision. Adult homes provide room and board and can be supported through Supplementary Security Income (SSI). Contact your county Department of Social Services, New York City Human Resources Administration or the local Office for the Aging.

Enriched Housing Program: Program of services and assistance for elderly in senior housing buildings or in small, group-shared living arrangements. Support services provided include meal preparation, shopping assistance, housekeeping, etc. Contact the County Department of Social Service, New York City Human Resources Administration, or the local Office for the Aging.

Shared Housing: A new housing concept to meet senior housing needs, shared housing is a group living arrangement for from 3 to twenty-five elderly people. This housing can serve both the frail elderly, who may need significant support services as well as shelter, and the basically independent who for financial or social reasons wish to live with others. Contact your local Office for the Aging.

Accessory Apartment: A small independent, completely private living unit with its own kitchen and bathroom, installed in the extra space of a private home. Local municipalities control their size, facade design, occupancy standards, parking requirements and secondary egress. Contact your local Office for the Aging or the Division of Housing and Community Renewal.

Legal Services

Legal issues which affect the provision of care, and the securing and retaining of entitlements and benefits are a major concern for the elderly and their caregivers. Some communities have established separate, non-profit legal services to assist persons with specific advocacy needs. These include representation at public benefit agency hearings, court proceedings for the establishment of conservatorships or guardianships and interceding with government entities which provide services such as home support services. Usually, there is an income limitation for eligibility. In some localities, private law firms have expanded their services to offer seminars and workshops to persons who are interested in sound financial planning to protect income, savings and property resources as they foresee long-term care needs. Specific information about legal assistance to older persons can be obtained through the local Office for the Aging or your local Bar Association.

Legal Powers

In the event your elderly parent becomes incapacitated, you need to become familiar with the following terms:

- **Power of Attorney** A written instrument authorizing another to act as one's agent or attorney. Person granting authority is called the principal, and the agent is called attorney-in-fact. Power is revoked by act of principal or by death.
- **Trusts** A right in property held by one person called the trustee for the benefit of another called the beneficiary.
- **Living Trust** (Also known as "inter-vivos" trust) - A trust which is particularly useful for elderly people who fear becoming mentally incapacitated.

Living Trust example: An elderly but well person places assets in a trust with a relative, friend, or attorney as trustee, yet maintains control over the trust while remaining legally competent. The elderly person establishing the trust may revoke the trust at any time. When the donor becomes legally incompetent, the trustee takes control of managing the trust, paying bills, etc. This type of trust is useful for couples in the event one person becomes ill and one-half the assets of the well spouse must be protected from long-term care costs of the other ill spouse. The trust document also outlines instructions for managing the assets of the person and distributing them after death. Before a living trust is established, legal advice should be sought by or for the elderly person(s).

- **Conservator**-Person designated by court to manage the property of another person who is substantially impaired.
- **Committee**-Person or group of people designated by the court to have management of the person or property, or both, of another person who has been found by the court to be incompetent, and therefore incapable of acting on one's own behalf.
- **Living Will**-A document by which the signer expresses opinion on whether or not they wish to be kept alive by artifical means or extraordinary measures when no expectation exists for recovery from a physical or mental disability. Presently, living wills are not legally recognized in New York State, but such a document may be a useful statement for friends and physicians. The New York State Attorney General has determined that a Durable Medical Power of Attorney limited to health care decisions may be issued giving authority for health care decisions when the patient is unable to do so.
- **Organ Donation Agreement** - Consult attending physician for feasibility and details.

Support Groups

Self help and family support groups are composed of people who share information and experiences and discuss common problems. They are a good source of information about resources available to patients and their families. Often a health care professional is invited as a guest speaker. To identify local programs, contact your local Office for the Aging.

Elder Abuse: Prevention, Investigation, Protective Services Elder abuse is the physical abuse, neglect and financial exploitation of older adults. Physical abuse is defined as the conduct of violence which results in bodily harm or mental distress. Negligence, a passive form of abuse, is the breach of duty by another which results in injury or the violation of the older person's rights. Financial exploitation involves the theft or conversion of money or anything of value belonging to the elderly.

Often an abuser is a person experiencing great stress. He or she may be struggling with alcoholism, drug addiction, financial difficulties and marital problems. Abusers may also be caregivers who are normal, loving relatives for whom the cargiving burden has become too heavy, and who vent their weariness, frustration and anger on the person they perceive as the cause of this burden. Some of the stress inherent in

the caregiving role can be alleviated by services to older persons which allow their families a respite from their continuing tasks. Family support groups also offer caregivers a chance to give and receive encouragement, support and understanding from others coping with similar difficulties. (See Support Groups and Adult Day Care.)

Local Departments of Social Services provide protective services for adults in their communities. This usually involves the assignment of a casemanager who investigates claims of abuse and works with clients and families to protect the well-being of the client. Court-appointed conservatorship, representative-payee, or other financial managment responsibility can be assumed when appropriate.

Protective services are available for older adults who, because of physical or mental dysfunction, are unable to manage their own resources, carry out the activities of daily living or protect themselves from neglect or hazardous situations without assistance from others. In some communities, the local Office for the Aging works cooperatively with these departments to offer these services exclusively to persons 60 age or older. Contact your local Social Services Department for further information. *(See Legal Services).*

Hospice Care

Hospice care is a program for the terminally ill and their families. It emphasizes alleviation of pain rather than medical cure. The goal of hospice is to keep the individual as comfortable and pain-free as possible. The dying person and the family receive physical, psychological, social and spiritual care from a team of physicians, nurses, social workers, clergy and volunteers. While some services may be provided in special facilities, most hospice care is provided in the individual's own home. Contact your local Office for the Aging for information on hospice programs in your community.

Other sources of information

New York State Office for the Aging
2 Empire Plaza Albany, New York
12223-0001
Senior Citizens Hotline — **1-800-942-9871**

The Office is an administrative and advocacy agency which is part of the Governor's Executive Department. It administers programs funded under the federal Older Americans Act and various state- funded programs for older New Yorkers.

American Association of Homes for the Aging:
1129 20th Street, NW, Suite 400
Washington, D.C. 20036.

A free packet of caregiving, brochures is available by sending a stamped (for 2 ounces) self-addressed legal-size envelope to the above address.

Cornell Cooperative Extension
Martha Van Rensselaer Hall,
Ithaca, New York 14853
Or
Your local County Cooperative Extension Agent.

The Cooperative Extension offers a wide variety of information on issues related to caregivers and carereceivers.

National Council of Senior Citizens
925 Fifteenth St., N.W.
Washington, D.C. 20005

Four and one-half million senior activists in over 4,800 affiliated local clubs, area councils and state councils advocate for the elderly at the federal and state level.

New York Statewide Senior Action
275 State St.
Albany, New York 12201

A senior membership organization in the forefront of advocating for older New Yorkers and older Americans.

American Association of Retired Persons (AARP):
AARP Fulfillment Section,
1909 K Street, N.W.
Washington, D. C. 20049

Available at no cost are the following: Handbook About Care in the Home. Explanation of home care and home health care, including information on financing. Information on Medicare & Health Insurance for Older People. Guide to Medicare coverage and the types of insurance to supplement Medicare. Knowing Your Rights. Information on Medicare's new prospective payment system with emphasis on patient's rights. Insurance Checklist. Guide for the individual to help determine personal insurance needs.

The Right Place at the Right Time. Detailed information on the types of long-term care service available, including eligibility, financing and providers of care.

Your Home, Your Choice. Guide to housing options for older people. Coping and Caring. Living with Alzheimer's disease. Miles Away and Still Caring. A guide for long distance caregivers. A Home Away From Home. Consumer Information on Board and Care Homes.

National Association for Home Care:
519 C St. NE Stanton Park
Washington, D.C. 20002

NAHC is a national clearinghouse of information regarding home care agencies. Available from the above address are All About Home Care: A Consumer's Guide ($2.00), How to Select A Home Care Agency (free), and reprints of Caring magazine's "ABC's of Home Care" issue ($7.50).

The National Council on the Aging, Inc.
NCOA Publications
PO Box 7227, Ben Franklin Station
Washington, D. C. 20044

NCOA's Ideabook on Caregiver Support Groups ($6.50 postage paid from the above address) is the most current and complete national directory of caregiver support groups. Also available: Set of eight Family Home Caring Guides on such topics as Legal and Financial Planning, Avoiding Home Accidents, Long Distance Caregiving, etc., ($5.50 postage paid).

Session 5

Personal Care Skills Development for the Informal Caregiver

There is no such thing as a second childhood. Your parents or spouse, whatever their problems or disabilities may be, are not children. To treat them as children can only weaken their pride, self-confidence, self-sufficiency, and enthusiasm for life.

Adults must be treated with dignity and respect. Trusting them to handle their own chores or problems, without interference, will best reflect your loving concern.

Help Them to Help Themselves

An important rule of thumb is to allow your parents/spouse to handle just as much as they can without assistance. The fact that something has become difficult does not make it undesirable. Everyone needs the feeling of accomplishment; and few things can be more depressing than to give up, one by one, the tasks you've always managed for yourself. The older adult may move more slowly now, and perhaps not as steadily, but any task of which he is capable and which is not physically taxing should not be taken from him.

Arranging a Room

- An elderly person's room should be bright and cheerful. It's a myth that the aged derive serenity from quiet and drab surroundings. They need and enjoy visual stimulation.
- Respect the older person's possessions. Some small or ancient object may be a necessary link with the past. Never discard, rearrange or store objects without asking.
- Be aware of physical needs. Close proximity to a bathroom is a must. A room downstairs is a good idea, if possible.
- Provide a clock (with a large face and clear numbers) and a calendar. A slight disorientation in time can become a terrifying and humiliating experience.
- A night light is most welcome to those who get up during the night to use the bathroom.
- A sturdy piece of furniture near the bed lends needed support.
- A radio, bed-lamp, and some reading matter may make a world of difference to the insomniac or the early riser.
- Remove clutter and bulky furniture from main traffic areas to avoid stumbles and falls.

Being Part of the Family

- Like anyone else, an older person needs warmth and affection. Offer it freely. Physical contact — holding a person's hand, taking a person's arm — helps them to feel wanted.
- Often an older woman will attach very strongly to a grandchild. This can be a positive experience for both parties; it says something about the continuity of life. It's important, however, that the roles remain clear and Grandma is seen, not as a substitute mother, but as an added source of love and warmth, advice, and concern.
- Older adults will feel needed if this advice is sought on family matters and if asked to participate in family decisions. You may be surprised to discover a clarity of thought and a skill for working things out smoothly.
- Older persons may spend much of their time reminiscing. If you're a willing listener, you'll bring them much pleasure, while you benefit from a heightened awareness of your roots and heritage.

like part of the family and not a burden. This may bring about a brighter attitude and a renewed zest for living.

Sleep Habits

Frequently an older person requires less sleep. Five hours may be all he needs. If he goes to bed at 10:00 p.m. and wakes up refreshed at 3:00 a.m., the only harm is if he becomes agitated and concerned over it, and works unsuccessfully to get back to sleep.

He should be encouraged to get up when it's clear that his night's sleep is over, and read, listen to the radio or engage in a favorite activity. If the problem is getting to sleep at night, a hot drink or a warm bath will help him to relax. Sleeping pills should not be taken, except on a physician's recommendation.

Attitudes

Depression may be a symptom of age. Sometimes it will present itself as a physical problem: insomnia, constipation, aches, and pains. It is usually accompanied by an uncommunicative attitude and a lack of interest. Severe depression is a problem for the physician to handle, but mild depression is something that the person can usually work out for himself. Trust him. He perceives your attitudes. If you have a feeling of hopelessness about him, it will diminish his capacity to deal effectively with his problems.

If, on the other hand, you feel confident that he'll work things out, he may well justify your faith in him. Be available to sit and talk if your loved one so desires.

Sometimes the older person may feel insecure and anxious. There are disturbing changes taking place in his life. His physical capacity has diminished, and sometimes he's not quite sure of his role in the world. A cheerful, hopeful attitude on your part will help to lift some of the anxiety.

Problems

One of the greatest problems the older person faces is boredom. Everyone needs a certain amount of stimulation. Your aging relative is no different. His room should provide privacy, but never become a prison. He should be encouraged to spend much of his day away from it. Allow the older adult to choose his own activities. No one, young or old, likes to have their leisure time planned for them.

Guide to Personal Care

I. Personal Care

Each person has his own response to an illness. For children, crying, whimpering, fussing and restlessness usually mean something is wrong. Symptoms are usually less evident in elderly persons, who may not feel pain or other symptoms as acutely as those younger. It is, therefore, important for the caregiver to carefully observe and question the older person about how he feels. This should be done whenever personal care is given so that changes can be noted.

Signs and Symptoms of Problems

Signs and symptoms that may indicate problems and call for professional attention.

- **Skeletal and Muscular Systems:** swelling ligaments and limbs around joints; grimacing as the person moves; slow movements; bruising of the skin, or whiteness, shiny, red or hot areas over a swollen joint; loss of strength, sensitivity to touch.
- **Skin: color change; swelling;** texture change; clamminess or moist to the touch; dry, oily, white, scaly patches; markings such as moles, scars or warts; temperature change; sores, wounds, lumps; odor; hair condition—oily, dry, brittle; infestations and loss; scalp—scaly, dandruff, red.
- **Circulatory System:** swelling of ankles and feet; blue or white color of the nailbeds, lips, feet, or hands; swelling or hard knots in the lymph nodes of the neck, groin or in the armpit; changes in the pulse rate-faster, slower, irregular, weak or strong.
- **Respiratory System:** sudden change in respiratory rate; breathing—difficult, shallow, or noisy; cough; sputum—white, yellow, odor, thick or liquid; nose—stopped up, bleeding, dry, draining; throat—sore, red or white spots, swollen tonsils, difficulty in swallowing.
- **Digestive System:** mouth and tongue—red, swollen, spotted, bad breath; diseased or bleeding gums; lined or coated tongue; cracks at the corner of the mouth. Stomach—bloated; nausea or vomiting refusal to eat or poor appetite; excessive thirst. Intestines—bloated; cramping. Rectum—diarrhea; black, clay-colored or blood tinged stool; pain when moving bowels.
- **Nervous System:** shaking of limbs or the body; eyes—sensitive to light; dull, bright, teary bloodshot, yellowish, moist or glassy; ears—discharge; person pulling at his ear (as with pain); slowness in reacting; cannot awaken the person easily after a head injury.
- **Urinary System:** urine yellow, rust-colored, red, with sediment; frequent urination; difficult to start stream; small or large amount of urine with an urgent feeling to urinate; dribbling; incomplete bladder drainage.
- **Reproductive System:** vaginal discharge —green, yellow, or white color; cheesy consistency; watery; odor. breasts—lump or thickening; nipple discharge; swelling; change in contour. penis—yellow or white discharge. testicles—lumps or swelling.
- **Endocrine System:** signs will be reflected in other systems, such as increased amount of fluid intake, frequent urination, dry skin and mood changes.
- **Behavior:** Overall personality does not change with age. However, the following behavior or mood changes should be noted if not a part of a person's normal personality: overly critical, irritable, withdrawn, demanding, abusive, crying, aggressive, listless, hostile, anxious, sullen, depressed.

How to Give Personal Care

The Bedridden Older Adult

A person may be confined to bed for a variety of reasons. He may have had surgery, be convalescing after a stroke, have a long-term illness such as cancer, have a short-term illness such as the "flu" (influenza) or be frail. It is important to meet the older person's human needs of: love and affection, recognition, acceptance, security, trust, socialization, food, clothing, shelter, rest, activity, avoidance of pain and escape from danger.

Caregivers should pay special attention to the environment of the bedridden person. Smoking should not be allowed in bed unless someone is in the same room. Essential items, such as good lighting and a system to signal the aid of a family member (which may be no more than a bell or a glass and spoon), should be within easy reach. Electric cords should be checked for frays or loose connections. Gas room heating should be ventilated. All heaters should have a front guard to keep objects away from the coils or flames. Drafts should be avoided.

A fire escape route should be familiar to the person in bed and all family members. Smoke detectors should be installed. In some communities, the fire department will install special labels on the windows of the disabled.

Body Mechanics and Lifting

Before liflting a person, caregivers should review the principles of body mechanics. Good posture should be maintained at all times; head erect, buttocks pulled in, stomach muscles tight, chest high and shoulders pulled back. Use a wide base of support, with feet apart and one foot forward, when standing for a long period of time. The broader and firmer the base of support, the lower the center of gravity and the easier it is to maintain balance.

Keep the back straight and the knees and hips flexed. When reaching down to lift an object, use the leg's large muscles for strength. Never bend from the waist to pick up or move a person. Work with gravity, not against it. Point the feet in the direction of the movement for side and forward motion. This prevents twisting of the spine and allows movement with the body in good alignment.

Stay close to the person to conserve energy and prevent strain. Work at waist level if possible.

Comfort and position are important to the bedridden person. Comfort is increased by aligning the person's body correctly, in normal contours.

Procedure:

- Give support to the curves of the spine with a pillow under the head and neck; the pillow should reach down to the shoulder.
- Place a small flat pad, such as a rolled towel, under the small of the back.
- Support body joints, using pillows, folded towels or wash cloths.
- Legs should be supported to relieve pressure on hip joints with a small pillow or pad placed under the person's ankles and knees to prevent pressure on heels and legs. If the person cannot move himself, change his position at least every hour.

This helps to:[1]

—improve circulation
—improve muscle tone
—prevent joint deformities
provide some diversion
—prevent pressure sores
prevent strain and fatigue

[1]Henderson, Virginia and Gladys Nite *Principles and Practices of Nursing*, 6th ed,; New York, 1978 MacMillan Company, p. 732

A person, when confined to bed, often experiences a tremendous emotional upset, brought on by inactivity and dependence. Help the person express his feelings and encourge and praise him whenever possible.

Positioning a Person in a Semi-Sitting Position, and on His Back

The semi-sitting position may be attained by raising the head of the bed or raising the person to a sitting position by locking arms. Use a back rest or pillows to maintain this position. Place a small pillow or flat pad under the small of the person's back and a pillow under each arm for support. Add a handroll made from a wash cloth, if the person tends to clench his fist if the hand is paralyzed. Use a pad or pillow at the side of the hips to keep the feet from rolling outward.

Positioning the person on his back is the same, except that the back rest and pillows are removed and/or bed lowered. Place a pillow beneath the head, reaching down to the shoulders to keep them forward.

Ask other family members to assist when turning and positioning the person. If there is no help available, the person should always be turned toward you.

Procedure:

- Explain to the elderly person what will be done.
- Move the person to the side of the bed near you.
- Flex the person's arms and place them across the chest.
- Place his knees together in flexed position, supporting joints from below. Place one hand on hip and other on his shoulder.
- Roll him gently but quickly from his back to his side.
- Adjust the pillow for his head so it reaches down to his shoulders.
- Position arms where comfortable at sides or raised.
- Use handrolls as needed.
- Place pillow behind person at waist level to prevent roll-back.

Elimination of Body Wastes

Body wastes are eliminated through perspiration, evaporation from the lungs, bowel movement and urination. The person in bed may be concerned about how he can eliminate through his kidneys and bowels. This is particularly true of the elderly. Be aware of his concerns and respond quickly to his needs. In giving the bedpan or urinal to a person, consider his privacy and the importance of making him feel comfortable.

Procedure for use of bedpan:

- Warm the bedpan with warm tap water and dry it.
- Cover the bedpan with a newspaper or washcloth when carrying it to the person.
- Add extra protection to the bed, even if a plastic or rubber sheet is used on the mattress; an extra cloth or newspaper may be placed under the person's hips.
- Sprinkle talcum powder or cornstarch on the bedpan seat to make it easier to get on and off; if the person is thin, add a small pad to cushion the seat (A sanitary pad or soft cloth may be used.)
- Place the bedpan on the bed near the person's hips, open end toward the foot of the bed.
- Fold the top covers to one side to avoid soiling and partially drape the sheet or blanket to prevent chilling and provide privacy.
- If the person needs help in raising the hips, have him flex his knees. Place one hand under the small of the back and, on signal, push his hips up as he pushes down with his hands and heels. With the other hand, place the bedpan under his hips and adjust the pan for comfort.

- Help the person to a sitting position, if possible, and provide toilet paper and a call signal; then leave the room to allow for privacy. Remind the female to wipe from front to back to avoid bringing germs into the vagina and bladder.
- Assist with thorough wiping.
- Apply talc sparingly.
- To remove the bedpan, have the person flex his knees and push down with his heels.
- Remove the bed protector, cover the pan, and take it to the bathroom.
- Help the person wash his hands.
- Position him comfortably.
- Inspect the contents of the bedpan.
- Rinse the bedpan with cold water to prevent coagulation of proteins.
- Clean the bedpan with soap and water, cover and store.

Procedure for use of urinal:

- Use protector under the person's hips.
- Give the person the urinal. If he is helpless, place it between his legs in a position to collect the urine.
- Provide for privacy by replacing covers, leaving the room if safe to do so.
- Rinse the urinal with cold water.
- Wash urinal, cover and store.

To Re-establish Bowel and Bladder Routine

The following steps may help to re-establish bowel and bladder routine. Good bowel and bladder function may also be maintained by the same procedures. The doctor may recommend a suppository or enema to help stimulate the bowel.

Procedure:

- Establish the normal pattern for elimination by maintaining a record for several days.
- Give urinal and bedpan at regular intervals based upon observations and when a desire is expressed.
- Encourage plenty of fluids during the day, but fewer in the evening; strong urine resulting from too few fluids is irritating and can cause incontinence.
- Encourage the person to eat high-fiber foods.
- Instruct the person in other signs of full bladder—sweating, chills, headache, restlessness.

Ostomy Care

A surgical opening in the skin following the removal of part of large intestine (colon) is called a colostomy; following the removal of all of the colon is called an ileostomy; and, following the removal of the urinary bladder is call a urinary bypass or ureterostomy.

The care of the ostomy depends on where the surgery occurs; the farther down the colon it is, the more closely the bowel contents will resemble the normal bowel movements before surgery; the higher up the bowel, the more fluid the bowel contents will be.

Persons who have had any of the surgical procedures creating an ostomy will be using a bag or device for collecting body waste. There are various types of ostomy bags. The individual will use the type of bag best suited to his needs and lifestyle. The types of bag include:

— a disposable, temporary bag with an end opening to discard contents

— a one-piece bag with an attached piece of adhesive around the opening of the stoma

— a one-piece bag with an attached mounting piece which is supported by a lightweight belt and requires no adhesive.

The person with an ostomy is usually taught to care for it before he goes home from the hospital.

The informal caregiver may be asked to help the person clean the skin or to dispose of the contents of the bag. Some points to remember are:

- A bag with an end opening can be rinsed out with an asepto syringe and does not need to be changed as often.
- Persons will need two bags, so one airs out while the other is worn.
- Some people with colostomies have good bowel regulation and prefer to wear only a gauze dressing over the stoma.
- Clean and dry skin around the stoma and cover it with a 4" x 4" dressing held in place by tape.
- Men may wear an elastic supporter or a homemade muslin binder with ties to keep the dressing in place.
- The ileostomy bag requires a tight fit because of liquid bowel contents and constant drainage; the appliance or bag must be emptied every 3 to 4 hours and changed every 5 to 7 days.
- Skin condition around the ostomy must be frequently assessed.
- Before skin problems become acute, seek medical intervention. The diet needs careful consideration. Experiment with foods, particularly those that are gas-forming, such as nuts, beans, onions, melons, vegetables of the cabbage family, sugar and sweets. Gas escaping from the ostomy cannot be controlled, since there are no muscles present to close the opening. The tight-fitting rubber or plastic bag helps control odors, but the dressing offers no odor protection. Foods such as nuts, raisins or prunes which cause diarrhea should be avoided. Prevention of diarrhea is even more important for the person with an ileostomy because of the loss of important electrolytes. A person with an ileostomy should never eat coconut, as it tends to ball up and cause an obstruction. Remind the person to chew food well. After approximately six weeks, the person will be able to determine the foods he can tolerate.

Contact your doctor or home health nurse if the person has diarrhea. The person should not irrigate the ostomy when diarrhea is present. The person who has a colostomy should never take a laxative.

The emotional reaction to the loss of bowel control requires a great deal of support and understanding. It is important to be a good listener. Another person who has successfully adjusted to his colostomy often provides great assistance in demonstrating how well one can manage. Local contacts may be made through the American Cancer Society or the United Ostomy Association. Part of the grief process felt by the person over the loss of a body part might have occurred before leaving the hospital. It is important to help him express his emotions, as he still may not accept the surgery and be repulsed by the stoma. Try to help him feel as calm as possible. Help him understand that adverse emotions affect the bowel motion and the regulation of the bowel. The informal caregiver must be very careful to show no distasteful reaction to the stoma. The person needs to feel accepted by those around him, particularly those caring for him.

Infection and Contamination

Bodily wastes may carry infection and must be disposed of carefully to reduce the spread of infection. Wastes may include used paper tissues, sputum, dirty dressings, uneaten food, excrement and vomit. To dispose of solid wastes, use tongs or a spring clothespin. If these utensils are not available, carefully grasp the cleanest part of the material or pick it up with a paper towel. The soiled material should be put into a paper or plastic bag and disposed. In using a paper or plastic bag for disposal, turn down a cuff on the bag. The cuff protects the hands when closing the bag.

When a bag is not available, it is possible to improvise one from a newspaper.

Liquid wastes should be poured into a container that has a lid and then poured into the toilet. The container holding the liquid should be washed with soap and water. Hands can carry germs and transmit infections and disease. When providing personal care, hand washing is important to protect both the caregiver and care-receiver.

Bathing and Grooming

The purposes for giving a bath in bed are:

— to cleanse and refresh the person, thereby increasing self-esteem

— to eliminate skin waste and help prevent infection

— to aid in stimulating circulation

— to provide passive and active exercise

How often a bath is given depends upon such factors as the physical condition, age and skin type of the person. Older people have less oil and perspiration; therefore, a daily bath with soap may not be desirable. Washing the rectum, genitals and armpits may be all that is needed. A cool sponge bath may be needed if the person perspires profusely.

A few points to follow in bathing a person:

- Choose a bath time convenient for the family and the person.
- Make sure the room is warm and equipment organized.
- Keep the person warm with a sheet or blanket while bathing.
- Place a towel under the part being washed to keep the bed dry.
- Change water when soiled, soapy or cool.
- Test water temperature on the inner wrist to make sure it is not too hot.
- Provide as much privacy as possible for the person.
- Assess the condition of the person as he is bathed. Note skin changes.
- Use soap sparingly.
- Encourage the person to participate in bathing. In so doing, he gets some exercise and develops security in doing for himself.

Procedure:

- Explain what will be done and the reasons for the various techniques.
- Place a cover over the top cover to be used as a bath blanket. A bath blanket can be made by sewing several large towels together. Slide the top covers from under the bath blanket. Help to remove the bed clothes as needed.
- Place a towel under the person's head.
- Wrap the washcloth around the fingers and palm, anchoring it with the thumb; fold over the part extending beyond the fingers and tuck under at the bottom edge of the cloth. (This eliminates dangling ends which may be uncomfortable to the individual.)
- Wash eyes with clear water, cleansing from inner corner of the eye to the outer part of the eye (as the normal flow of tears is from the outer to the inner part of the eyes), using opposite corners of the cloth for each eye.
- Wash the face from midline outward using a firm but gentle motion. Use clear water, unless the skin is oily. Some people prefer creams for cleansing.
- Wash, rinse and dry ears.
- Place a towel under the arm and another towel near the hand and the basin.
- Lower the person's hand into the basin; allow it to soak as the arm is being washed.
- Wash and rinse the other arm and soak hand, drying carefully, especially between the fingers. Push cuticles back and clean under the nails.
- Put towel over the chest and abdomen; bring bath cover down to thighs.
- Wash, rinse and dry neck, chest and abdomen. Cover chest and abdomen.

- Remove the bath cover to expose the leg and place towel under the leg.
- Place a towel under the basin near the foot.
- Lower foot into the basin to soak; this will help soften the nails and skin.
- Wash, rinse and dry leg.
- Repeat above steps for other leg.
- Dry carefully between the toes.
- Observe feet and use pumice stone or emery board to smooth callouses.
- Clean under the nails.
- Turn the person on the side; drape a towel around the back and buttocks.
- Tuck the towel along under his buttocks and shoulders.
- Wash, rinse and dry his back and buttocks; cover his back.
- Use fresh water for genitals.
- Teach the person to wash carefully between the buttocks and the genitals. Rinse and dry thoroughly. Remind the female to wash from the front to the back to avoid bringing germs from the rectal area to the vagina and bladder. If the person is unable to wash his buttocks and genitals, the caregiver should complete this part of the bath for him.
- Apply body lotion or powder, as desired.
- File or clip nails cautiously and dispose of clippings into paper towel.
- Persons with a urinary catheter or an ostomy should be taught to wash carefully.

To Help Prevent Pressure Sores

Help the person with exercise or activity that is allowed in the care plan developed by the doctor.

- Turn the person frequently, if he is unable to move himself.
- Make sure the bottom sheet is pulled taut, checking for any possible skin irritant such as crumbs or wrinkles.
- Keep the person's skin clean and dry.
- Massage pressure areas frequently to stimulate circulation, including bony areas such as the tailbone, shoulders, heels, and elbows.
- Washable sheepskin or chamois skin may be placed under the person to help absorb moisture, relieve pressure and protect the skin from irritation; foam rubber under bony areas will also help relieve pressure.
- Encourage good nutrition to help nourish and heal body tissues.
- Report any redness at pressure areas to the doctor.

To Shampoo in Bed

Shampoos may be given in bed with the person sitting up or lying on his back. Persons with heart or respiratory disease may need to have the head elevated. Shampoos improve appearance, increase circulation of the scalp and make the person feel better.

A trough is necessary to protect the bed and to direct the flow of water from the person's head into the bucket. A trough may be improvised from a shallow, rectangular plastic box. Cut a curved piece out from one end and remove the other end. Pad the curved end with a cloth. The plastic box should be long enough to direct water into the bucket. The bed should be protected with newspapers and a plastic sheet. A trough may also be fashioned from six to eight layers of newspaper, with the side edges rolled to the middle and covered with a 36" x 24" plastic sheet rolled to direct the water into the bucket of waste water.

Procedure:

- Check temperature of the room.
- Place towel around the shoulders.
- Place trough under the head with run-off into bucket on the floor.

- Apply sufficient water to wet the hair (a pitcher can be used).
- Work up a good lather, working from the front to back of the head.
- Rinse thoroughly.
- Work quickly so the person will not be chilled; avoid drafts.
- Dry with a towel or hair dryer. Dry shampoo, available at cosmetic counters, may be used. Follow directions on the product. Spray or apply to small sections of the head and brush.

Special Foot Care

Some persons who are ill for a long time or who have conditions affecting circulation and ambulation may need foot care. The feet should be examined for any unusual appearance, such as swelling and nail discoloration. Note any temperature difference between one foot and the other.

Procedure:

- Observe feet carefully.
- Soak the feet first, if only foot care is being given.
- Clean under the nails.
- Use pumice stone or emery board to smooth callouses and nails.
- Massage the feet and legs with lotion to increase circulation.
- Do not cut or trim the toe nails, if special foot care is needed. This should be done by a professional.
- Dry carefully between toes.

Shaving a Man With a Safety Razor

Shaving may be done at the same time as bathing. Whenever possible, the man should be encouraged to shave himself. An electric razor is more convenient to use. If a safety razor must be used, make sure you have a

—razor with a fresh blade

—shaving cream

—hot water in a basin

—towel and wash cloth

Procedure:

- Place a towel over the chest.
- Wash the face with soap and water, leaving it wet.
- Rub shaving cream into the beard do not use soap.
- Pull skin tight over the area to be shaved.
- With gentle, short strokes, shave in the direction the hair grows.
- Rinse the person's face and pat it dry.

To Give a Back Rub

Back rubs increase cirulation, relax the person and increase the person's comfort.

Procedure:

- Explain what will be done.
- Face the head of the bed with the outer foot slightly forward and the knee slightly flexed so that you can rock back and forth as pressure is applied.
- Place the person on abdomen.
- Put loction or cream in hands to warm and then apply to the person's back.
- Apply pressure with palms of both hands, beginning at the lower back and moving up toward the shoulder, using long, firm, but gentle strokes, sweeping upward, outward and downward.
- Note bony areas and massage gently around them.

Mouth Care

Mouth care provides a person with a feeling of cleanliness and well-being, and prevents gum disease, cavaties and bad breath.

Equipment needed:

—soft bristled tothbrush

—towel

—Toothpaste (bicarbonate of soda and salt, or dentrifice)

—dental floss
—glass of cool water
—emesis basin or empty container
—drinking straw
—cotton swab
—moisturizer for lips and mouth (optional)

Organize the equipment and place it within easy reach of the person. Encourage him to do as much as possible.

Procedure for brushing teeth:

- Explain what will be done.
- Put the person in an upright position if possible; if not, with the bed flat, turn the person as far toward his abdomen as possible so the saliva and fluids will run out.
- Place a towel under his head.
- Place emesis basin at the side of his head.
- Gently brush the teeth and tongue.
- Place the toothbrush at an angle against the gum line.
- Gently scrub outer and inner surfaces of each tooth with short strokes.
- Scrub the chewing surfaces; tilt the rounded front end of the brush to brush vertically the inside of the front teeth and gum tissue.

Procedure for flossing teeth:

- Break off approximately 18 inches of dental floss and wrap most of it around the middle finger of one hand and the rest around the middle finger of the other hand, with about one inch of floss between the hands.
- Guide the floss with the thumb and forefinger; a floss holder may help to reach the back teeth.
- Gently insert the floss between the teeth, using a sawing motion.
- Curve the floss into a letter "C" around the tooth, at the gum line.
- Slide it gently into the space between tooth and gum; hold the floss, curve it around the next tooth and scrape it.
- Repeat the process for each tooth.

To Care for Dentures

The person who has dentures may need help in caring for them. He should be encouraged to wear them most of the time, but they should be removed and cleaned at least once a day.

Procedure:

- Wash hands before and after handling dentures.
- Use tissue to pick up dentures.
- Place dentures in container filled with water. Clean dentures over a basin filled with water to avoid chipping them.
- Use a denture brush or soft toothbrush and cleaning agents, such as peroxide or baking soda and water.
- Store dentures in liquid to avoid denture warp.
- Apply denture cream or adhesive as needed.
- Bring mouthwash and basin to the bedside so the person can rinse his mouth before the dentures are reinserted. Check gums and tongue for sore spots and food deposits.
- Be sure to check dentures for chips and rough edges.

Making an Occupied Bed

- A clean, fresh bed is an essential part of personal care and grooming for the bedridden person.
- Choose a convenient time for making the bed; after the bath may be a good time.
- Gather all equipment needed.
- Place soiled linen in a bag, hamper, or on a chair protected with newspaper, but never on the floor where it could be contaminated.
- Store soiled linen in a closed container until it can be laundered.
- Place a board under the mattress to add firmness.

- Use a waterproof mattress pad if extra protection is needed.
- Use warm, but lightweight blankets.
- Pillows should be firm enough to maintain body posture, but soft enough to be comfortable.
- Do not tuck in top linens so tight that they pull or press on the toes and feet.

Getting a Person Out of Bed

Before getting out of bed, a person must be able to sit up without feeling dizzy. The person should also be strong enough to transfer from the bed to a chair.

Procedure for teaching the person to sit up:

- Explain the steps first.
- Have the person roll to one side, facing the edge of the bed.
- Gradually drop legs over the side of the bed while pressing down on the bed with the elbow nearest the edge of the bed.
- Change weight to the hand and push down to bring shoulders to an upright position. At the same time, push down with the other hand for leverage.

Procedure for helping the person to sit up:

- Explain what will be done.
- Help the person flex his knees.
- Stand facing the head of the bed with the outer foot forward.
- Lock arms with the person by putting the near arm under the person's near arm with the hand on his shoulder.
- Rock backwards pulling the person to a sitting position.
- Check to see if the person is dizzy; if so, continue to provide support to the person.
- Some dizziness may be expected. If dizziness persists beyond a few minutes, return the person to a flat position in bed.
- Show the person how to support himself with his arms braced behind him. A footstool may be needed if the bed is too high for the person's feet to reach the floor while sitting on the side of the bed.

A footstool can be made by taping large juice cans together. Pad with cotton or soft material, such as nylon hose. Tape cardboard to the sides and top of the cans. Cover the stool using a towel or plastic adhesive cloth. Attach non-skid strips to the bottom to keep the stool from slipping.

An improvised bathrobe can be made from a blanket by making a fold of approximately 6-8 inches along the length of the blanket to serve as a collar. Pull the ends of the blanket toward the person's shoulders and fasten the ends together in front with a safety pin. Center an end of the blanket over each wrist, turning back several inches to make cuffs.[1]

Procedure for transferring a person from the bed to a chair:

- Explain what will be done.
- Assist the person to put on shoes or slippers.
- Use a sturdy chair with arms and a seat low enough to allow the person's feet to solidly touch the floor. If using a wheelchair, make sure it is sturdy and in good condition.
- Place the chair parallel to the bed on the person's strongest side. If using a wheelchair, lock brakes and push footrests out of the way.[2]
- Stand in front of the person to assist him if he should fall.
- Instruct him to lean forward slightly, push down on the bed with his hands, straighten his legs and then stand up.[3]

---

[1]American Red Cross, *Family Health and Home Nursing*. New York, Doubleday and Company, Inc., 1979, p. 524

[2]Sine, Robert (ed) et al. *Basic Rehabilitation Techniques*. Germantown, MD: 1977, p. 67

[3]Ibid.

- Have him take hold of the armrests and lower himself into the chair, leaning slightly forward as he sits down.
- Have him slide his hips back into the chair and sit squarely.[4]
- Reverse the process for getting out of a chair.

Helping a Person to Walk

Walking may need to be re-learned. After the person is able to sit up, get out of bed, and in and out of a chair, he may feel strong enough to walk. The person should have regained most of his strength before walking is attempted. The informal caregiver's assessment of the person can help considerably in determining when increased activity should be tried. The person who is walking after being in bed needs to be watched carefully.

Procedure and caution to be used with an ill and weak person:

- Explain to the person what is to be done.
- Have the person wear low-heeled shoes with non-slippery soles.
- Have the person practice standing, using support to help maintain balance.
- Have him practice shifting weight, using firm supports on either side; two chairs may be used.
- Walk with the person as he begins to walk. If there is no disability, have him wear a securely fastened belt, to provide something for you to grip. This helps to provide stability and if he becomes faint, he can be pulled against you for support.
- If there is one-sided weakness, walk on the weak side and slightly behind the person. Put the far hand on the hip on the strong side and the other hand in front of the person's shoulder on the weak side. His shoulder can be pulled back and his hips forward to help his alignment, or he can be pulled back against you if he becomes faint and cannot be held.
- Help the person follow his normal walking gait.
- A cane or walker may assist the person. The person will feel he has much more control over what is happening to ambulatory him. He usually will feel he has made good progress toward improving his state of health. The caregiver will notice that, with ambulation, the need for sedatives decreases, the elimination of bodily wastes improves, and appetite returns.

Caring for the Ambulatory Older Adult

An ambulatory person should be encouraged to do as much of his personal care as he can. Many people have a real sense of accomplishment in being able to take a shower or bath. This also provides exercise and stimulates circulation. A tub or shower should be considered only if the person is strong enough, and if it is included as part of the care plan approved by his/her doctor.

Special concerns in providing a safe bath:

- Prepare the water and room before the person enters the bathroom. Test the water on the inner wrist. The skin of the elderly person may not be sensitive to the water temperature. Hot water dilates the blood vessels, decreases blood pressure, and thus increases the elderly person's risk of blacking out, becoming dizzy or confused.
- Assure that the room is warm and supplied with soap, washcloth and towel. A small rubber-tipped stool or chair should be placed in the tub. A rubber mat may also be placed in the bottom of the tub to decrease the risk of falling.

Procedure for transferring to the bathtub:

- Explain what the procedure will be.

[4]Ibid.

- Place a straight chair or wheelchair facing the tub.
- Allow room for the person to lift his legs into the tub.
- Steady the chair; lock the brakes if a wheelchair is used.
- Have the person lift or help him lift one foot at a time over the side of the tub.
- Have the person grip the side of the tub and slide carefully off the chair onto the edge of the tub. If he needs help, support his body around the waist from behind. (A sheet or strong belt may be placed around the waist for firm support, if needed.)
- Have the person move from the tub's edge onto the stool placed in the tub, giving help as needed. Or, help him lower himself carefully into the water as he continues to hold the grab bar and tub edge.
- Wash and dry, providing help as needed.
- Drain the water out of the tub before the person stands up.
- Place chair facing the tub.
- To get out of the tub, have the person take hold of the grab bar, supporting him around the waist if needed, and helping him to a sitting position on the edge of the tub.
- Help him to a standing position and follow the procedure for sitting in the chair as previously demonstrated.

If the person is weak after his bath, he should return to bed rest. Complete grooming and other personal care, such as brushing teeth, can be done when he is feeling better that same day. Grooming aids can be brought to the bathroom. The bed may be made and the room straightened or cleaned while the person is sitting up or having a bath. It is easier to make the bed while the person is not in it.

Eight Steps In Emergency Action

In order of action
Rescue the person if there is danger to the person.
Restore or maintain breathing and heart beat.
Control heavy bleeding.
Treat poisoning.
Prevent shock.
Examine the person carefully.
Seek medical help.
Keep checking the person until medical help is obtained.

II. Emergency Action Safety

Precautions are needed when there is an ill or disabled person in the home. Check the floors, stairs, hallways, bathroom and kitchen for clutter. Check the stairs to see

that there is a non-skid surface, that edges of the steps are marked, and that the stairway is well lighted. The use of night lights in the person's room, in the hallway and in the bathroom recommended. A flashlight, by the bed, is also useful. Lighting should be brighter for older people as the ability to see lessens with age.

Small loose rugs should be removed and stored. Check to see that there are no loose tiles or carpets to cause a fall. Floors should not be too highly polished as to make walking hazardous.

- Grab bars as well as non-skid strips should be used in the tub. Grab bars at the toilet may also be needed, depending on the degree of disability. These should be firmly attached to the wall for the person's safety.

Be sure emergency telephone numbers are posted clearly by the telephone(s). Include telephone numbers for the rescue squad, fire, police, physician, and poison control center. It is also advisable to have a current American Red Cross or other first aid-book available in the home foremergency information. Medical Alert devices are available that will dial a number and deliver a taped distress message when a remote switch, which can be carried up to 100 feet away from the base unit, is activated. However, this equipment will not work in all telephone exchanges when the emergency telephone number to be dialed is a toll call. If you plan to use Medical Alert equipment, and the emergency number is a toll call, contact the local telephone service representative for assistance.

Eight Steps In Emergency Action

In order of action

Rescue the person if there is danger to the person.

Restore or maintain breathing and heart beat.

Control heavy bleeding.

Treat poisoning.

Prevent shock.

Examine the person carefully.

Seek medical help.

Keep checking the person until medical help is obtained.

Do not leave someone who needs immediate help. Have someone else call for help. When someone needs help but not immediate care to sustain life, the caregiver's responsibility is to prevent more injury, seek medical help, and keep the person calm.

Good judgment is needed to give good emergency care. The whole situation must be assessed. One of the first decisions is whether the person should be moved. Try not to move the person. Loosen constricting clothing and examine the person carefully.

Maintaining and Restoring Breathing

The first priority for emergency care is to restore and maintain breathing. This is called mouth-to-mouth resuscitation. A facial mask should be used to prevent unnecessary exposure to infectious disease. In an emergency, a clean cloth or handkerchief will provide the same effect.

Check first for breathing. Do this by tilting the head. Place one hand under the neck, lift gently, and push down on the forehead with the other hand to open the airway. Put your cheek and ear close to the victim's mouth. Listen and feel for breath for about 5 seconds. If the person is not breathing, remove any obvious material in the mouth and give mouth-to-mouth (mask) resuscitation.

Procedure:

- Keep the head tipped back, and pinch the nose with your thumb and forefinger; take a deep breath and open your mouth wide.

- Cover the person's mouth with your mouth, and blow four, quick full breaths, as fast as possible. Lift your head and take a breath between each four breaths.
- After four breaths, check his pulse and his breathing again for at least 5 but no more than 10 seconds. Check the pulse on the side of his neck nearest you by placing the fingers on the far side of the voice box, mid neck.
- If the person has no pulse, cardiopulmonary resuscitation (CPR) is needed. If you have not been trained to give CPR, continue mouth-to-mouth breathing until help arrives; there may be a faint pulse which is not felt.

Control of Bleeding

The best way to control heavy bleeding is to hold a thick pad or clean cloth over the wound and to press down hard. If no pad is available, use the bare hand until one can be obtained. If the injury is on an extremity, and if there are no broken bones, raise the injured part above the level of the heart. Support it with rolled-up coats, etc. Maintain these measures until help arrives.

Foreign Body in the Airway

First-aid for foreign-body obstruction in the airway is another emergency action. (This information is from American Red Cross, First-Aid for Foreign Body Obstruction of the Airway, 1978).

Do not interfere with the person's attempts to expel an object if he is still able to breath or cough. When there is complete obstruction:

- The person was probably eating and may clutch the throat.
- The person will be unable to speak, cough, or breathe.
- The person's face may darken. If so, stand to the side and slightly behind the victim.
- Place one hand high on the hard part of the victim's chest, and lean the person forward until his head is chest-level or lower.
- Give 4 back blows in rapid succession (see below)
- Give 4 manual thrusts (see below)
- Repeat the above procedure until he can breathe.

Back blows are a rapid series of sharp whacks delivered by the heel of the hand over the spine and between the shoulder blades. These can be done with the person sitting, standing or lying.

Procedure to do a manual thrust:
(*Heimlich's Maneuver*)

- Stand behind the person and place the thumb side of your fist, palm down, into the area just above the victim's navel.
- Grasp the fist with the other hand; press the fist into the victim's abdomen with a quick upward thrust.

Emergency Care for Poisoning

Poisoning may be the cause of sudden collapse. Vomiting and heavy, labored breathing may mean the person has taken poison. These signs may also indicate disease, internal injury, or other problems. Look for a container which may help determine what the person has drunk or eaten. Check the mouth for chemical burns, and check to see if the breath smells. If the person is conscious and not having convulsions, give sips of water or milk. This will dilute the poison. If the person becomes nauseated, discontinue the dilution. Notify the poison control center, emergency department or physician immediately. The printed antidote on the container may be wrong, so do not follow the directions. Keep syrup of ipecac, activated charcoal, and epsom salts on hand, as the poison control center may advise you to use them. Also check to see if the person is breathing and prepare to care for shock.

Care for Shock

Shock can happen to anyone who has lost a lot of body fluid, becomes extremely ill, or is badly hurt. Shock can keep the organs from functioning.

Procedure:

- Have the person lie down.
- Keep him as calm and comfortable as possible.
- Maintain a normal body temperature. If it is hot, provide shade; if it is cold, provide protection from cold both under and over the victim.
- Elevate the feet, unless a broken bone or an abdominal or head injury is suspected; never elevate any unsplinted fracture.

If the person has a head wound or trouble breathing, elevate the head and shoulders only. The person should be flat on his back, if a broken back is suspected.

When a person is bleeding from the mouth or vomiting, turn him on his side so fluid will drain from his mouth.

Burns

Burns are another household emergency that require first-aid treatment. (This information is from the Red Cross First-Aid Module *First Aid for Burns*, 1977.)

The immediate hazards are:

— shock

— swelling of tissues and breathing passages

— loss of body fluid through the burned area

— pain

— death

Infection is always a danger, especially if there are blisters or skin loss. The severity of a burn depends on its depth, size and location and the person's physical condition. Elderly persons especially are at greater risk from burns.

Four critical areas of of the body are:

- hands
- feet
- face
- genitals

Burns on the face, nose, and mouth may indicate burns in the respiratory system. This kind of burn may cause the passage to swell and interfere with the ability to breathe or stop breathing. If this occurs, give mouth-to-mouth resuscitation or CPR, if necessary, and get immediate medical help.

A first-degree burn involves the top layer of skin. A second-degree burn involves more than the surface layers. A third-degree burn goes entirely through the skin and may burn the tissues below. Second- and third-degree burns require immediate medical attention.

The purpose of first-aid treatment is to:

- relieve pain
- reduce the chance of infection
- reduce the likelihood of shock

Cool water can be used directly on a small burn that is not open or deep. Cool the area until the pain is reduced. Gently pat dry with sterile gauze. If the burn is over a large area, cool as above, but cover with a sterile dressing. Dry, insulated cold packs may then be applied.

Do not put water on deep burns, because the skin and tissue are open and there is danger of infection.

Procedure for deep burns:

- Cover with a thick, dry, sterile dressing and bandage.
- Do not remove clothing stuck to a burned area.
- Dry, insulated cold packs may be used over the bandage.
- Have the person lie down and elevate the injured area if it does not cause more pain.
- Get medical care as quickly as possible.

Suspected Heart Attack

Heart attacks usually occur when one of the blood vessels supplying the heart becomes blocked. The person will typically experience pain and shortness of breath. The pain is in the chest and often radiates to the left shoulder, neck or arm. The person may be very pale or have a bluish discoloration of the lips, skin and fingernail beds. As a rule, the person is in shock. The heart attack may be accompanied by loss of consciousness.

It is imperative to take immediate action when intense pressure, tightness or squeezing in the center of the chest persists for 5 minutes or more; when it spreads across the chest or to either shoulder or arm, neck or jaw; and when it is associated with sweating, nausea, vomiting, shortness of breath or fainting.

- Place the person in a comfortable position, such as sitting up.
- If breathing stops, immediately begin mouth-to-mouth resuscitation.
- Have someone call an ambulance and notify the person's physician.
- Do not give liquids to an unconscious person.
- If the heart stops beating, CPR must be done by someone who has had training in this technique; most rescue squad and ambulance workers have had this training; The American Red Cross and American Heart Association offer CPR training through local chapters.

Convulsions (Seizures)

Convulsions (also called seizures) are involuntary muscular spasms that usually involve the entire body. During a convulsion, a person is unconscious. Convulsions may accompany severe illness or a head injury or may be a form of epilepsy.

When a convulsion begins, the body muscles will be rigid for a few seconds. This phase is then followed by jerking movements and a bluish color of the face and lips.

Drooling or foaming at the mouth may occur. Following a seizure, the person will be very tired and sleep deeply.

First-aid involves maintaining an open airway and preventing the person from hurting himself. Do not restrain him or try to stop his movements. Do not give any liquids; do not place him in a tub of water. Do not try to force anything between his teeth. Keep hands away from his mouth. Give mouth-to-mouth resuscitation if possible. If convulsions occur, inform your doctor immediately or take patient to the hospital. Report the length and characteristics of the convulsions to the health professional.

Medication Schedule

A simplified record on which the informal caregiver may note when medications are taken provides both a reminder and a record of daily medications.

Sample Medication Record

Medicine: _____	**Medicine:** _____	**Medicine:** _____
Heart Pill	Vitamin	Aspirin for arthritis
(1 a day)	(1 a day)	(2-4 times a day)
Taken ☐	**Taken** ☐	**Taken** ☐
Time _____	**Time** _____	**Time** _____
Day _____	**Day** _____	**Day** _____

III. NUTRITION
Importance of Food Nutrition

Adequate nutrition is basic to good health maintenance. A well-balanced diet is necessary for growth and normal body functioning. The individual who has good eating habits and is well nourished will have the energy to carry on life's activities. Good nutrition is especially important in the care of the ill and aged: in maintenance of good muscle; promotion of wound healing; and recovery from stress of illness. The doctor should indicate the special nutritional needs of the patient. The following describes the nutrients required for good nutrition.

- **Carbohydrates** are an important food for calories needed to keep the body functioning and for energy to carry on daily activities. Complex carbohydrates, such as found in potatoes, bread, cereal, rice, spaghetti and similar foods, are especially desirable. Simple carbohydrates, such as found in sugar, syrups, jelly are less desirable.
- **Proteins** play a major role in growth and in the replacement of bodily tissue and can be broken down for energy when needed. Proteins are found in meats, fish, fowl, eggs, soy beans, nuts, peanut butter, legumes, and fried beans. Milk and milk products[1] are important sources of protein.
- **Fats** are intended for energy storage and provide the body with insulation and padding, since they are stored mainly under the body skin. Fats are found in all types of oil, butter, margarine, cream, meat, etc. In general, it is advisable to substitute some vegetable oil, which is high in polyunsaturated fatty acids (such as corn and safflower oils), as well as margarine, which is high in liquid oil, for some or all of the animal fat or hydrogenated vegetable fats used in cooking. Fish and fish oil may be a good source of protein and high molecular- weight fatty acids.
- **Vitamins** are essential for proper body functioning. They differ from other nutrients in that they are not used for energy.
- **Minerals**, although needed in very small amounts, are essential to normal body functioning.
- **Water** makes up about two-thirds of total body weight. It is therefore necessary for life.
- **Fiber** is necessary for good bowel function and is found in bran, whole grain cereals, fruits, and vegetables.

Meal Planning

Most foods contain more than one nutrient and no single food furnishes all the necessary nutrients in the right proportion to maintain health. A Daily Food Guide is one way of selecting foods that will supply essential nutrients in recommended amounts. A well-balanced diet requires some food from each food group every day.

Milk provides calcium for strong bones and teeth. Two or more cups of whole or skim milk, buttermilk, evaporated milk (as a beverage or in cooking) or yogurt are recommended daily for adults.

Milk equivalents in calcium:

1 oz. cheddar cheese 2/3 cup milk

1/2 cup cottage 1/3 cup milk

1/2 cup of ice cream 1/4 cup milk

Milk may be blended into other foods, such as puddings, cream soups, milk shakes and hot cereals. Use non-fat skim milk as a beverage and in cooking. To prepare double concentration milk, add skim milk to powdered milk instead of water. This can be a means of providing extra protein and nourishment to one's diet.

---

[1]Adapted from "Family Food and Daily Food Guide"; *Cooperative Extension Service Bulletin HS-9*, University of Minnesota, 1975

Some individuals complain of developing gas or diarrhea when they drink milk, particularly in large amounts. These people are said to have lactose (milk sugar) intolerance. Usually they can tolerate cheese, such as American or Swiss, and sometimes buttermilk and yogurt.

Foods other than milk which provide calcium are: turnips, collards, mustard, kale, sardines, canned salmon and soybean curd.

Meat, Fish, Poultry or Substitutes

Two or more servings of lean cooked meat, fish or poultry are recommended daily. Count 2-3 ounces as one serving. Substitute for 1 ounce of meat, fish or poultry:

1 egg, 1/2 cup dried beans, peas or lentils (cooked)

2 tbsp. peanut butter

1 oz. cheddar cheese

1/4 cup cottage cheese

In addition to providing protein, these foods are good sources of many minerals and vitamin B complex. Meat, particularly, is a rich source of iron.

Vegetable and Fruit

Group Four or more servings daily are required. Count 1/2 cup or 1 medium piece of fruit as one serving. Fruits and vegetables are important sources of vitamins A and C, minerals such as potassium, as well as fiber. One serving of a good source of vitamin C or two servings of a fair source should be used daily. Good sources: Grapefruit or grapefruit juice; orange or orange juice; cantaloupe; strawberries; fresh guava; mango or papaya; broccoli; brussel sprouts; green pepper; sweet red pepper.

Fair sources: honeydew melon; lemon; tangerine or tangerine juice; watermelon; asparagus tips; raw cabbage; collards; cauliflower; watercress; kale; mustard greens; potatoes and sweet potatoes cooked in the jacket; spinach; tomatoes, tomato juice; turnip greens.

Bread and Cereal Group

Four or more servings of whole grain or enriched bread or cereal are needed. This group is an important source of the B Complex vitamins and various minerals. Whole grain breads and cereals are high in fiber. One serving equals one slice of bread or 1/2 cup cooked cereal, rice, macaroni, etc., or 3/4 cup of most dry cereals or 1 small biscuit, muffin or tortilla.

The four food groups are the foundation of a good diet and provide reasonable assurance that nutritional needs are met. Additional amounts of foods from these groups may be used to round out meals and provide adequate calories.

Other Important Considerations in Meal Planning

Fluid needs are met by drinking water, as well as beverages such as milk, fruit juices, tea, coffee and soups. Inadequate fluid intake results in dehydration and constipation. A minimum of 4-6 cups daily is desirable. An excess of foods high in fat and sugar may cause weight gain. Balance calorie intake against calories expended so as to maintain a normal body weight. Moderation in use of salt in preparing food is desirable.

Sample Meal Pattern

This is a sample of a meal pattern. Changes should be made to meet an individual's dietary requirements.

Breakfast:

fruit or juice juice

cereal or milk and/or egg or other protein food

bread/margarine

beverage

Lunch or Supper:

meat or other high protein food

vegetable (may be in salad, soup or combined in casserole meal)

bread or other grain produce, margarine

simple dessert (fruit or pudding)

beverage, including milk

Dinner:

meat or other high protein food

potato or substitute, such as rice, noodles, etc.

green or yellow vegetables (some may be in salad)

bread or margarine, if desired

dessert (may use fruit or milk or milk dessert)

beverage, including milk

Some dishes combine several foods in casseroles and stews. Foods used in these dishes do not need to be repeated in the meal. For example, bread topping used in a casserole could substitute for the bread and butter. The best way to insure getting enough of all the needed nutrients in a diet is to eat a variety of foods. Each meal should contain at least one serving from each food group.

Variety in color, shape, flavor and consistency makes meals attractive and appealing.

Nutritional Problems of the Aged

Nutritional needs do not change much with advancing years, except for a somewhat lower calorie requirement. Care must be taken to provide for an intake of essential nutrients without excessive calories. The older adult may not eat properly for several reasons. These problems, and suggestions for coping with them, are offered below.

- **Loneliness**—share meals with person.
- **Diminished sense of taste and smell**—serve meals which look, taste and smell good.
- **Small appetites**—prepare five or six small meals of high quality foods. (High protein-high calorie beverages may be easier to consume than large amounts of food. Consult a physician.)
- **Chewing problems** related to lack of teeth or poorly fitting dentures. Use tender cooked and ground meats, fish, eggs, cheese and legumes.
- **Fatigue**—rest before meals may be beneficial.
- **Pain**—serve food when pain-relieving medication is most effective.
- **Constipation**—increase fluids in diet.
- **Improper mouth care**—a bad taste in the mouth detracts from enjoyment of food. (See section on mouth care.)
- **Nausea**—small frequent feedings and eating slowly may be helpful. After a stroke, facial weakness and swallowing problems may make it difficult for a person to consume fruit juices and water. Thickened liquids, such as milk shakes, gruels, purees, yogurt, sherbet, gelatin and slush may be easier to take.

Feeding Others

Procedure:

- If possible, have the person sit as erect as possible, or positioned for comfort.
- Take time to make eating a highlight of the day.
- Do not rush the feeding.
- Be patient and understanding.
- Be gentle with forks and spoons.
- Wipe off the corners of the mouth as needed.
- Do not mix all the food together. Use straws and training cups, as needed.

- Keep the conversation pleasant.
- When offering a glass or cup, touch it to the lips.
- Offer the person an opportunity to rinse his mouth after eating.
- If the person is blind, explain where food is on the plate, using the hands on a clock as an indicator. For example, mashed potatoes at the five o'clock position.
- In case of one-sided facial weakness or paralysis, feed to the good side.

Modified Diets

Modified diets are an important part of treatment for persons with heart, kidney or liver diseases, diabetes and other health problems. Some medications may require restrictions of certain foods because of a possible interaction. Other drugs may increase a person's requirement for specific nutrients. Whatever the modification, the individual must receive the essential basic food necessary to maintain or improve his health status and hasten recovery and rehabilitation.

A modified diet is sometimes prescribed by a physician. When a modified diet needs to be followed, the caregiver should be given a copy of the diet to guide her in shopping and preparing meals. Some agencies have nutrition consultants to assist in developing a diet that is therapeutically acceptable and based on the individual's likes and dislikes.

Help the person adhere to the prescribed diet. Compliance problems should be discussed with the patient's physician.

Dietary Management of Diabetes

Two kinds of diabetes are:

- **Adult onset or non-insulin dependent.** Weight control or weight loss is often the major factor in the management of non-insulin dependent diabetes. Weight loss may help person's blood sugar levels return to normal.
- **Insulin-Dependent** (sometimes called Juvenile). The aim of treatment is to establish good control which involves taking proper insulin dosage daily; following a prescribed diet and eating at regular intervals; having regular patterns of exercise or activity.

The following are important conditions that may occur in diabetics and may require a caregiver's action.

Hypoglycemia (Associated with insulin-dependent diabetics).

Cause—skipping meals; eating too little, increased physical activity, too much insulin.

Symptoms—hunger, nervousness, irritability, inability to concentrate, difficulty in talking, trembling. Onset is often sudden.

Treatment—the person needs sugar which can be quickly absorbed. Give candy or one-half to two cups of orange juice or ginger ale.

Hyperglycemia:

Cause—too little insulin; failure to follow dietary restrictions; also infection, illness or stress.

Symptoms—increased urination, increased thirst, weight loss, dry skin. Patient will be spilling sugar and possibly acetone in urine. Eventually, if untreated, coma results.

Treatment—medical reevaluation of diet and modification.

For the diabetic, eating meals at regular times is imperative. Mid-afternoon and bed-time snacks are needed to prevent a sudden rise and fall in blood sugar levels. Snacks also provide a more constant supply of food to balance the effect of insulin.

Basic diet used by diabetics:

Eliminate sugar, syrups, honey, sweetened sauces, jellies, jams, marmalade, cranberry sauce, candy. These restrictions include:

— prepared desserts, such as ice cream, cake, pies, puddings and jello

—fruits, canned or frozen with sugar

— sweetened fruit juices, fruit-ades, nectars

— carbonated beverages containing sugar

— molded salads to which sugar is added

— glazed and candied fruits and vegetables

— condensed milk

— sweet rolls and cookies

— sugar-coated cereals

It is important that an insulin-dependent eat and/or drink foods which will balance the insulin they have taken. Carbohydrates, found in foods from the milk, fruit and bread lists, are the most important foods to be eaten if the usual diet is not tolerated.

Dietetic foods, if used at all, must be incorporated into the individual's diet. They may not be used in addition to the individual's regular food allowances.

Sodium Restricted Diets

Sodium restrictions may be part of the diets prescribed for a person with a heart condition.

Persons requiring only mild restrictions of sodium are some-times advised:

- To use only a small amount of salt in cooking
- To avoid foods high in sodium, such as:

— salty or smoked meat

— bacon, bologna, chipped or corned beef, frankfurters, ham, meats koshered by salting, luncheon meats, salt pork, sausage, smoked tongue, canned meats

— salty or smoked fish

— anchovies, caviar, salted cod, herring, sardines, etc.

— processed cheese or cheese spreads

— regular peanut butter

— canned, frozen and dried soups

— sauerkraut or other vegetables prepared in brine

— bread, rolls and crackers with salt topping, salted popcorn, potato chips, corn chips, pretzels, etc.

— worchestershire sauce, meat and vegetable extract, barbecue sauce, catsup, chili sauce, soy sauce, and meat tenderizer

— garlic salt, onion, celery salt Individuals requiring moderately low or strict low sodium diets may be advised to:

- Eliminate all salt in cooking.
- Limit or exclude regular bread. (On moderately low sodium diets, individuals often are told to limit regular bread to 3-4 slices a day.)
- Limit the amount of milk, eggs, meat.
- Exclude quick cooking cereals.
- Exclude prepared cereals containing salt (all except puffed rice, puff wheat and shredded wheat).
- Use only medication prescribed by doctor. Many over-the- counter medications are very high in sodium.
- Read labels carefully to make certain that no salt or other form of sodium, such as monosodium glutamate, sodium nitrate, etc. has been added.
- Use lemon, herbs and seasonings which can make low sodium meals flavorful and more palatable.

With lamb—serve mint jelly or garlic

With pork—applesauce, onion or sage

With chicken—tarragon, sage, onion, paprika, lemon, unsalted butter sauce, cranberry sauce

With beef—peppercorns, dry mustard, paprika, oregano, etc.

With carrots - lemon, butter, orange rind, butter/sugar glaze, dill
high in potassium, may be contra-indicated for some individuals.

High Protein Diets

Some persons on blood pressure or diruetic medication require a high postassium intake.

Rich sources of potassium:

— orange juice, prune juice

— bananas, dried fruits (prunes, apricots, figs, raisins, dates)

— nectarines, canteloupe, orange, rhubarb, grapefruit

— potato cooked in skin, dried peas, dried beans; green leafy vegetables; tomato, winter squash

— unsalted nuts, avocado

Low Cholesterol Diets

Low cholesterol diets are prescribed to control the elevated levels of fat and cholesterol in the blood.

- Use only skim milk and low fat cheese.
- Use more fish, chicken turkey, veal; limit lean lamb, beef, pork to about three meals a week.
- Limit egg yolks to two to three a week.
- Avoid organ meats, shellfish, fatty meats, and desserts made with whole milk, cream or eggs in excess of allowance.
- Avoid cream, butter, lard, meat drippings, coconut oil and olive oil.
- Use vegetable oils which are high in polyunsaturated fatty acids, such as corn oil, safflower oil; and margarine which has liquid oil listed as the first ingredient on the label instead of partially hydrogenated oil.

Dietary Management of Duodenal Ulcers

A bland low-fiber diet may be prescribed for a person with ulcers. Such persons must:

— eat small frequent meals (every 2-3 hours)

— eat slowly and chew well

— avoid highly seasoned food, alcohol, coffee and various carbonated beverages

Many persons will receive suggestions for diets by friends and relatives. It is important that the informal caregiver be aware of any departures from prescribed diets that may greatly change the dietary treatment prescribed by the doctor.

Summary

This discussion on assisting with personal care needs should give some procedures and hints to guide you through the daily activities necessary. Remember that your loved one is an individual, with his own special wants and needs. Don't be afraid to try something new or to initiate ideas which work for you.

References and Suggested Readings

Smith, D., Smith, G. & Hanley, C.P. (1975). *Care of the adult patient.* New York:;J.B. Lippincott Company.

Sorrentino, S.A. (1984). *Mosby's textbook for nursing assistants.* St. Louis; The C.V. Mosby Company.

Will, C.A. & Eighmy, J.B. (1983). *Being a long-term care nursing assistant.* Bowie, MD; Robert J. Brady Co.

Understanding and caring for the person with Alzheimer's disease. (1985). 2nd Edition. Atlanta; Alzheimer's Disease and Related Disorders Association, Inc.

Cooperative Extension Service Bulletin HS-9 (1975), *Family Food: Daily Food Guide,* University of Minnesota

American Red Cross (1979), *Family Health and Home Nursing,* New York: Doubleday and Company, Inc.

Sine, Robert D. (ed) et al (1977) *Principles and Practices of Nursing,* 6th ed., New York; MacMillan and Co.

Session 6

Assessing the Situation: Where Do You Go From Here?

In the preceding sessions you received practical, comprehensive information to sensitize and acquaint you with some very real needs that caregivers must address. This material has been offered to help you cope better with your situation. This information, however, represents just the tip of the iceberg.

"What do I still need to know or do in order to become more effective, efficient and competent in my role as a caregiver?"... only you can answer this question.

Several decisions should now be made regarding future needs and plans of action. The information gathered in the previous sessions must now be examined for its relevance to your specific situation, and appropriately applied and implemented. Equally important, you must identify the additional information you need. You must ask the question, "What do I still need to know or do in order to become more effective, efficient and competent in my role as a caregiver?" No one knows your needs better than you do, so only you can answer this question. By the end of this session, you will be prepared to independently and confidently seek and acquire the strategies, skill, services and supports that are necessary to bolster and to assist you in your caregiving role.

Identification of Needs

To clarify your particular situation and where you must proceed, several needs-areas are presented, followed by some leading questions for thought, clarification and discussion. Be honest with yourself as you approach them, think as creatively as you can in developing your own particular approach to their resolution.

- **The need to reassess your care-receiver's needs**

You now possess new information and perspectives regarding aging, illness, attitudes and expectations that may in some way make you see your elderly care-receiver in a fresh and different light. Ask yourself: How much of my elder's dependencies are due to illness or infirmity and how much are instead a function of personality, habit or coping style? Am I or my family reinforcing dependent behavior, when my elder is perhaps both anxious and able to be more independent? Have I presumed that certain illnesses, or infirmities exist, or have they been verified through appropriate medical and health-related assessments? Are there perhaps some problems that can be corrected by: making some changes in my elder's living environment; seeking medical attention or health-related management of certain illnesses, conditions or symptoms; or simply acknowledging them as natural and inevitable given the elder's perspective and treating them accordingly? Might a comprehensive medical, psychosocial or human service evaluation be in order to help sift out the answers to some of these questions? Have you ever asked your elder

how he or she interprets his or her own needs? Has your opinion of or attitude toward your care-receiver's condition changed in any way since your involvement in these sessions and, if so, how? What, if anything, might your answers to these questions prompt you to do next?

- **The need for emotional support**

It is clear that the stresses and strains involved in caregiving can be burdensome and, at times, overwhelming whether assumed willingly and lovingly or acquired by default. Feelings of guilt, dread, frustration, helplessness, anger or sorrow are not uncommon and should not be interpreted as signs of weakness. Most times, such feelings are cyclical or situational, and resolve themselves with the passage of time. Other times, they become dysfunctional and begin to interfere with the business of day-to-day living.

Ask yourself these questions: What signs tell me that I and/or my care-receiver have reached our limits? What other stresses, apart from caregiving, may be affecting me? How does my stress affect me, my family, my friends, my co-workers and my care-receiver? Do I spend an inordinate amount of time crying, moping, and feeling blue, uneasy or anxious? Does my care-receiver? Do I experience my stress physically? What, if anything, do I do to relieve my tension? What does my care-receiver do to work through his or her stress? Can or do other family members share in my caregiving responsibilities? Could I, my family, or my care-receiver benefit from some kind of support group, counseling or mental health enhancement service? What, if anything, might your answers to these questions prompt you to do next?

- **The need for community services**

Session 4 of Caregivers Practical Help provided information and guidance about finding and using various community services that can assist caregivers. Ask yourself the following questions: LWhat community services, if any, seem relevant for or suited to my situation? Are these services available in my community? If not, what other options are there? What kinds of information do I need to have at hand when attempting to use the particular services I might pursue? What other options are available to me if I or my elder are not eligible for the needed services? Am I willing to use community support services to assist me in my caregiving responsibilities, and why or why not? How would my care-receiver react to the introduction of community service supports to the care regime? What, if anything, might your answers to these questions prompt you to do next? List your questions, note the steps you must take and identify where you will go for assistance.

- **The need for more information**

The topics that were chosen for the course represent important needs that caregivers of frail elders are presumed, in general, to have. Each of these broad topics, however, touches on several sub-issues, many of which raise additional questions, concerns or points of interest to explore.

Ask yourself the following questions: Might I benefit from more information regarding such issues as: home health care options versus institutional placement; whether, when and how to relocate the care-receiver to a nursing home; medication use and misuse; family communication skills; communicating with professional care networks; legal aspects of caregiving; health insurance and entitlements; the management of certain illnesses, behaviors or conditions; stress management; other topics of special interest or relevance? Where would I go to get such information?

What, if anything, might your answers to these questions prompt you to do next? List your needs, note the steps you must take to get the needed information, and identify where you will go for assistance.

Remember, your local Office for the Aging is always one of your most valuable resources. Use it.

- **The need for social action**

Although your most pressing need as a caregiver may be to accomplish your task on a day-to-day basis, it is important to remember that advocating for greater recognition and social action regarding the needs of caregivers and their dependent elders on local, State and Federal levels is also of critical importance. Ask yourself the following questions: Who, other than my relatives and friends, should know about the difficulties and the benefits of caring for dependent elders at home? What should these individuals be told? Who are my local and Statewide human service commissioners, legislators and advocates? How do I get their attention? What, if anything, might your answers to these questions prompt you to do next?

Where Do You Go From Here?

In asking and answering these questions, you have already begun the process of action planning. Take the time now to translate your answers into objectives, and to establish time frames for accomplishing them. You have come a long way already, and should be commended for your energy and commitment. From here, you are ready to identify and take the next practical steps. Remember, your local Office for the Aging is always one of your most valuable resources. Use it.

Appendix 1
Glossary of New Terms

Accommodation - The ability of the lens of the eye to adjust its shape to see at various distances.

Activity theory - A sociological theory that argues that elderly are better off if they remain active and socially engaged.

Acute brain syndrome - Delerium often caused by disease or drug toxicity.

Alzheimer's disease - An organic brain syndrome which accounts for up to 70% of all dementias.

Aphasia -A communication problem characterized by difficulty in expressing and understanding language.

Arteriosclerosis - A chronic disease in which thickening and hardening of arterial walls interfere with blood circulation.

Artificial larynx - A battery-powered mechanical device that produces sound in the absence of a voice box.

Assistive listening device - A device that provides auditory assistance to the hearing impaired by reducing background noise.

Attorney-in-fact - In legal terms, the person who is granted power-of-attorney.

Audiologic rehabilitation - A program designed to improve communication skills for the hearing impaired.

Audiologist - A licensed health care practitioner who specializes in the evaluation and rehabilitation of communication disorders associated with hearing loss.

Audiometer - A device used to measure a person's hearing. Auditory training - A program designed to improve listening skills.

Augmentative communication device - A device that helps persons with severe speech disabilities express themselves, usually by non-verbal means.

Beneficiary - The recipient of benefits, as funds or property, as from an insurance policy or will.

Broca's aphasia - An illness in which an individual knows what he wants to say, but cannot find the words to express himself in writing or speech.

Burnout - A state whereby individuals who are committed to a job become unhappy and emotionally removed from those they care for.

Cataracts - Opacity of the lens or capsule of the eye, causing partial or total blindness.

Chronic brain syndrome - Mental syndromes characterized by generalized loss of intellectual functions and memory; also known as senility.

Colostomy - Incision of a temporary or permanent artificial opening into the colon to effect an artificial anus.

Committee - In legal terms, a group of people designated to manage a person, his property or both.

Conservatorship - In legal terms, the person designated to manage the property of another.

Dementia - Irreversible deterioration of intellectual faculties with accompanying emotional disturbances resulting from organic brain disorder.

Demographers - Social scientists who study population trends.

Depersonalization - A state whereby a person experiences identity loss.

Diabetes - A disease that impairs the ability of the body to use sugar and causes sugar to appear abnormally in the urine.

Diastolic number - The bottom number in a blood pressure reading, which measures the least pressure of the blood against the artery wall.

Disengagement theory - A sociological theory that argues that elderly should disengage themselves from society and are better off if they do.

Domiciliary - An age-segregated, non-medically-oriented residential setting.

Dysarthria - A speech disorder caused by a weakness and/or incoordination of the nerves and muscles that control speech.

Emotional lability - The extent to which a person can and does show different emotions.

Esophageal speech - A method to produce sound used by a person whose voice box has been removed.

Esophagus - The food passage which extends from the mouth to the stomach. Also know as the gullet.

Glaucoma - An eye disease characterized by high intraocular pressure, damaged optic nerve, hardening of the eyeball, and partial or total vision loss.

Global aphasia - The complete loss of the functional ability to use speech and language.

Hospice - A care program for the terminally ill and their families.

Hypertension - An elevation of the blood pressure, especially diastolic pressure.

Ileostomy - The formation of an artificial opening into the ileum, the lowest division of the small intestine.

Inter-vivos trust - See "Living Trust."

Lactose - Milk sugar.

Laryngectomee - A person who has had the larynx totally or partially removed.

Laryngectomy - The surgical procedure to remove the voice box (larynx).

Larynx - A structure containing the vocal cords that is located in the front of the neck, also known as the voice box.

Laser treatment - A minute but concentrated beam of varying wave lengths that is used as a surgical tool to treat diabetic maculopathy, some forms of glaucoma and some forms of macular degeneration.

Legal blindness - Central visual acuity is 20/200 or less in the better eye with the use of the best corrective lens; or a field defect in which the widest diameter of the remaining field subtends an angle no greater than 20 degrees.

Lens - The clear, circular, transparent portion at the front of the outer portion of the eyeball responsible for refraction of light rays.

Living trust - A trust which is operative during the lifetime of the person creating the trust.

Living will - A document by which the signer states that he or she does not wish to be kept alive by artificial or extraordinary means, when no expectation exists for recovery from a physical or mental disability.

Low vision - Reduced visual acuity and/or abnormal visual fields resulting from a disorder in the visual system.

Low vision devices - Any device that helps a person with low vision to improve visual performance and see better.

Low vision specialists - Ophthalmologists or optometrists who have special training and interest in low vision. They do a low vision exam and prescribe the right kind of optical devices.

Macula - The small region in the center of the retina. It comprises the area of sharpest straight-ahead vision, of color vision and of vision in daylight.

Neuropath - A person subject to or afflicted by a functional nervous disease; a neurotic person.

Octogenarians - Indivuals who are 80 years of age and older.

Ophthalmologist - A medical doctor who is trained to diagnose and treat diseases of the eye, and who can provide total eye care.

Optometrist - A doctor of optometry who examines eyes for both health and vision problems, and can prescribe lenses or vision therapy to restore and maintain good vision.

Organic brain syndromes - A generic term for acute and chronic mental syndromes.

Otolaryngologist - A physician who specializes in the medical treatment of the ear, nose and throat.

Power-of-attorney - A written instrument authorizing another to act as one's agent or attorney.

Presbycusis - A hearing impairment that is caused by the aging process.

Prosthetic device (Prosthesis) - An artificial device that is used to replace a missing part or function of the body.

Principal - In legal terms, the person who grants another power-of-attorney.

Reactance theory - A psychological theory that argues that when a person feels his freedom is threatened, he will become angry and seek to re-assert that freedom.

Retina - The innermost layer of the eye which is formed of sensory elements called rods and cones that are responsible for details, color, and night and day vision.

Speech-language-pathologist - A licensed health care practitioner trained at the master's or doctoral level who provides diagnostic and treatment services to individuals with speech-language-hearing problems.

Speech reading - The art of understanding speech through the interpretation of gestures, lip movements, and facial expressions.

Stoma - An opening or orifice that is surgically created.

Systolic number - The top number in a blood pressure reading which indicates the greatest pressure, of the blood against the wall of the blood vessel.

Trachea - The wind pipe. The air passageway between the larynx and the lungs.

Trustee - In medical terms, one who holds legal title to property in order to administer it for a beneficiary.

Ureterostomy - The removal of the urinary bladder which involves creating an opening in the abdominal wall.

Visual activity - The ability of the eye to perceive the detail of objects in the direct line of sight. Visual acuity is measured by viewing standardized letters of varying sizes on a chart and is expressed as a ratio (e.g., 20/20).

Wernicke's aphasia - An illness characterized by the difficulty to understand spoken and written language.

Appendix 2

Home Safety Checklist

Use this checklist to help make your home safer. By correcting items checked No you can improve your home safety and help prevent accidents.

Yes	No	
☐	☐	Are there sturdy hand rails or banisters by all steps and stairs?
☐	☐	Is there adequate lighting in all all stairs and hallways?
☐	☐	Is there a light switch at both the top and bottom of stairs?
☐	☐	Are stairways and hallways clear of clutter and loose objects?
☐	☐	Is there a light switch by the doorway of each room? Is there a flashlight, light switch or lamp beside the bed?
☐	☐	Are all electric cords placed close to walls, out of pathways?
☐	☐	Are rugs secured around all edges?
☐	☐	Are rugs smooth and flat with no folds or wrinkles?
☐	☐	Is there a list of emergency phone numbers by the phone? Fire, Police, Emergency, Ambulance?
☐	☐	Are all medicines marked clearly? Name of medicine, date purchased, how taken, when taken?
☐	☐	Is there a non-skid surface on the floor of the bathtub or shower? Non-skid strips or rubber mat?
☐	☐	Are there adequate hand holds for getting in and out of shower or bathtub?

Suggestions:

- Organize space for orientation, information and safety.
- Present environmental messages through redundant cuing, landmarks and color coding.
- Clarify boundaries with color and/or textural differences.
- Provide more intense illumination for specific activities without increased glare.

Appendix 3

Care-receiver Information

Use this page to record any information you will need as a caregiver.

Special Medical Conditions: _____

_____

_____

_____

Blood Type _____

Emergency Contact: _____

Phone: _____

OR, Contact: _____

Phone: _____

Doctor: _____ Doctor: _____

Phone: _____ Phone: _____

Doctor: _____ Doctor: _____

Phone: _____ Phone: _____

Pharmacy: _____ Pharmacy: _____

Phone: _____ Phone: _____

Clinic: _____ Clinic: _____

Phone: _____ Phone: _____

Insurance Information: _____

_____

Medicare No: _____

Medicaid No: _____

Other Medical Insurance: _____

Name, Address: _____

Policy No: _____

Appendix 4

Medication List

List the medications used by the care-receiver with instructions on how to use them properly.

■ Name of drug: _____

Doctor who prescribed it: _____ Date prescribed: _____

What the drug is for: _____

Color: _____ Form: _____

Shape: _____ Strength: _____

When & How to take it: _____ How much to take: _____

How long to take it: _____

Drugs to avoid: _____

Foods to avoid: _____

Possible side effects: _____

Other Cautions _____

■ Name of drug: _____

Doctor who prescribed it: _____

Date prescribed: _____ What the drug is for: _____

Color: _____ Form: _____

Shape: _____ Strength: _____

When & How to take it: _____ How much to take: _____

How long to take it: _____

Drugs to avoid: _____

Foods to avoid: _____

Possible side effects: _____

Medication List

List the medications used by the care-receiver with instructions on how to use them properly.

■ Name of drug: _____

Doctor who prescribed it: _____ Date prescribed: _____

What the drug is for: _____

Color: _____ Form: _____

Shape: _____ Strength: _____

When & How to take it: _____ How much to take: _____

How long to take it: _____

Drugs to avoid: _____

Foods to avoid: _____

Possible side effects: _____

Other Cautions _____

■ Name of drug: _____

Doctor who prescribed it: _____

Date prescribed: _____ What the drug is for: _____

Color: _____ Form: _____

Shape: _____ Strength: _____

When & How to take it: _____ How much to take: _____

How long to take it: _____

Drugs to avoid: _____

Foods to avoid: _____

Possible side effects: _____

Medication List

List the medications used by the care-receiver with instructions on how to use them properly.

- Name of drug: _____

Doctor who prescribed it: _____ Date prescribed: _____

What the drug is for: _____

Color: _____ Form: _____

Shape: _____ Strength: _____

When & How to take it: _____ How much to take: _____

How long to take it: _____

Drugs to avoid: _____

Foods to avoid: _____

Possible side effects: _____

Other Cautions _____

- Name of drug: _____

Doctor who prescribed it: _____

Date prescribed: _____ What the drug is for: _____

Color: _____ Form: _____

Shape: _____ Strength: _____

When & How to take it: _____ How much to take: _____

How long to take it: _____

Drugs to avoid: _____

Foods to avoid: _____

Possible side effects: _____

Additional Suggested Readings

Books Written Especially for Families of Older Adults

Andrus Gerontology Center, University of Southern California. *Who cares?* Eighty pages of helpful hints for caregivers. ($7.50 postage paid.)

Crichton, J. *The age sourcebook*, New York: Simon & Schuster. Fact book cover financial, medical land emotional aspects of aging. ($9.95)

Galton, L. (1975). *Don't give up on an aging parent.* New York: Crown Publishers, Inc. Emphasis on medical problems. Includes a discussion on depression and senility. ($6.95)

Grollman, E. & Grollman, S. (1978). *Caring for your aged parents.* Toronto: Beacon Press. Provides good insights on problems families face in understanding the older adult. Written in concise, easy to understand language.

Horne, J. *Helping an aged loved one.* (AARP Books, $11.70 members, $15.70 non-members, postage paid - from Scott, Foresman and Company, 1865 Miner Street, Des Plaines, IL 60016) All-in one reference book for caregivers.

Levin, N.J. (1987) *How to care for your parents, a handbook for adult children.* Washington, D.C. Storm King Press, P.O. Box 20007 ($4.95).

Nassif, J.Z. *The Home-health care solution.* New York: Harper & Row. Complete consumer care guide of shortcuts, tips and tax saving advice. ($9.95).

Ohen, J. & Shelley, F. (1976). *When your parents grow old.* New York: Funk and Wagnalls. A good, practical informational book on how to deal with, and help, aging parents, ($2.95) paperback.

Schwartz, A. (1977). *Survival handbook for children of aging parents.* Chicago: Follett Publishing Company. Discusses changes which occur in the aged with an optimistic viewpoint. Several chapters deal with institutionalization and alternative living situations.

Silverstone, B. & Hyman H. (1975). *You and your aging parent.* Pantheon Books. Excellent book covering large variety of issues which families of older adults face. Valuable advice on avoiding the emotional traps in the parent-child relationship. ($3.95).

General Books on Aging

Butler, R. (1975). *Why survive? Being old in America.* New York: Harper and Row. Looks at the way Americans treat and view the elderly. Pulitzer Prize winner. ($15.00 also available in paperback).

Comfort, A. (1976). *A good age.* New York: Crown Publishers, Inc. A very popular, well-ilustrated book by a leading gerontologist.

Knopf, O. (1975) *Successful aging: The facts and falacies of growing old.* New York: Viking Press. Written by an eighty-five year old psychiatrist, the book discusses retirement and use of leisure time, marital and family relationships as well as preparing for old age. ($8.95).

Punner, M. (1974). *To the good long life.* New York: Universe Books. Presented in a manner appealing to the general public. ($7.95).

Smith, E.D. (1972). *Handbook of aging: For the growing old and those concerned with them.* New York: Barnes and Noble (a division of Harper and Row). Brief discussion of the problems of growing old, including retirement, bereavement, etc. ($1.95).

Other publications of interest to the Caregiver

Radke, Linda *The Domestic Screening Kit*, 6730 East McDowell, Suite 104, Scottsdale, AZ 85257.

Select Committee on Aging, House of Representatives (1987). *Exploding the Myths: Caregiving inAmerica.* Committee Publication No. 99-611, U.S. Government Printing Office, Washington, DC.

Appendix 5

RESOURCES

Following are addresses of organizations which provide information or services for the elderly. Those marked with an * provide publications. TDD indicates phone is accessible by voice or Telecommunication Device for the Deaf.

New York State Government

Office for the Aging*
2 Empire Plaza, Albany, NY 12223 (518 474-4425) ● 2 World Trade Ctr., New York, NY 10047 (212 488-6405) (will move to 80 Maiden Lane, New York, NY 10038) Toll-free Hotline 1-800-342-9871

Council on the Arts
915 Broadway, New York, NY 10010 (212) 614-2900

Council on Children and Families
Corning Tower, 28 Floor, Empire Plaza, Albany, NY 12223 (518) 474-8038

Consumer Protection Board*
99 Washington Ave., Albany, NY 12210 (518) 474-8583 ● 50 Broadway, New York, NY 10007 (212) 587-4482

Crime Victims Board*
99 Washington Ave., Albany, NY 12210 (518) 473-9649 ● 270 Broadway, New York, NY 10007 (212) 587-5160 ● 77 W Eagle St., Buffalo, NY 14202 (716) 847-7992 ● 511 S State St., Syracuse, NY 13202 (315) 425-2470 or 425-3940 ● c/o District Attorney, Nassau Co., 400 County Seat Dr. Mineola, NY 11501 (516) 535-2996 ● 22 Lawrence Ave., Smithtown, NY 1782 (516) 360-3730

Office of Advocate for the Disabled*
1 Empire Plaza, Albany, NY 12223 (518) 473-4538 ● 1-800-522-4369

NYS Clearinghouse on Alcohol Information
P.O. Box 7019, Capital Station Annex, Albany, NY 12225 ● 1-800-252-2557 (also Spanish & TDD)

NYS Education Dept.
Education Bldg, Albany, NY 12234 ● Library for the Blind 1-800-342-3688

Dept. of Environmental Conservation*
50 Wolf Rd. Albany, NY 12233 (518) 457-5400

NYS Energy Office*
2 Empire Plaza, Albany, NY 12223 (518) 473-4375 ● 1-800-342-3722

Lieutenant Governor
Stan Lundine, State Capitol, Albany, NY 12224 (518) 474-4623 2 World Trade Ctr., New York, NY 10047 (212) 587-5640

Department of Health*
Corning Tower, Empire Plaza, Albany, 12237 (518) 474-7354

Division of Human Rights*
55 W 125 St., New York, NY 10027 (212) 870-8400

Division of Housing and Community Renewal*
PO Box 2111, Corning Tower, Empire Plaza, Albany, NY 12220 (518) 474-8580 ● 1 Fordham Plaza, New York, NY 10458 (212) 519-5789

Insurance Department*
1 Empire Plaza, Albany, NY 12223 (518) 474-6600 ● 1-800-342-3736

Department of Labor*
State Office Campus, Albany, NY 12240 (518) 457-5519 ● 1 Main St., Brooklyn, NY 11201 (718) 797-7820

Department of Law*
(Attorney General) State Capitol, Albany, NY 12224 ● Complaints (518) 474-5481 ● 120 Broadway, New York, NY 10271 ● Complaints (212) 341-2345

New York State Legislative Committees on Aging*
Assembly Committee on Aging, Room 903, LOB, Empire Plaza, Albany, NY 12247 Senate Committee on Aging, Room 724, LOB, Empire Plaza, Albany, NY 12248

Office of Mental Retardation & Developmental Disabilities 44 Holland Ave., Albany, NY 12229 (518) 474-6601

Office of Parks, Recreation and Historic Preservation*
1 Empire Plaza, Albany, NY 12238 (518) 474-0456

Public Service Commission*
3 Empire Plaza, Albany, NY 12223 (518) 474-7080 ● Emergencies, disconnections, service refusals 1-800-342-3355 ● SAVINGPOWER free energy audits 1-800-342-3237 ● Helpline—complaints, service, billing by utilities (gas, electric, phone) 1-800-342-3377

Department of Social Services*
40 N. Pearl Street, Albany, NY 12243 (518) 474-9003 ● Information 1-800-342-3715 ● Income Maintenance 1-800-342-3009

Department of State*
162 Washington Ave., Albany, 12231 (518) 474-4750 ● 1-800-828-2338

NY Division of State Police
Bldg 22, State Campus, Albany,, NY 12226 ● Emergency Number for the deaf/hearing impaired 1-800-342-4357 (Accessible by voice and TDD)

State University of New York*
State University Plaza, Albany, NY 12246 (518) 443-5555

Department of Taxation and Finance*
State Office Campus, Albany, NY 12227 (518) 457-1934 * tax questions 1-800-342-3536 * tax forms 1-800-462-8100

Division of Veteran's Affairs*
194 Washington Ave., Albany, NY 12210 (518) 474-3752

Local Offices for the Aging*
Listed by County

Albany Co. Department for the Aging, 112 State St., Rm. 710, Albany, NY 12207 (518) 447-7180

Allegany Co. Office for the Aging, 17 Court St., Belmont, NY 14813 (716) 268-9390

Broome Co. Office for the Aging, Co. Office Bldg., Government Plaza, Binghamton, NY 13902 (607) 772-2411

Cattaraugus Co. Dept. for the Aging, 255 N. Union St., Olean, NY 14760 (716) 375-4114

Cayuga Co. Office for the Aging, 160 Genesee St. Auburn, NY 13021 (315) 253-1226

Chautauqua Co. Office for the Aging, Hall R. Clothier Bldg., Mayville, NY 14757 (716) 753-4471

Chemung Co. Office for the Aging, 425 Pennsylvania Ave., Elmira, NY 14904 (607) 737-5520

Chenango Co. Area Agency on Aging, Co. Office Bldg., 5 Court St., Norwich, NY 13815 (607) 335-4624

Clinton Co. Office for the Aging, 137 Margaret Street, Plattsburgh, NY 12901 (518) 565-4620

Columbia Co. Office for the Aging, 71 North 3rd St., Hudson, NY 12534 (518) 828-4258

Cortland Co. Office for the Aging, Co. Office Bldg., 60 Central Ave., PO Box 5590, Cortland, NY 13045 (607) 753-5060

Delaware Co. Office for the Aging, 6 Court St., Delhi, NY 13753 (607) 746-6333

Dutchess Co. Office for the Aging, 488 Main St., Poughkeepsie, NY 12601 (914) 431-2465

Erie Co. Dept. of Senior Services 95 Franklin St., Erie Co. Office Bldg., Buffalo, NY 14202 (716) 846-6046

Essex Co. Office for the Aging, Elizabethtown, NY 12932 (518) 873-6301, Ext. 370

Franklin Co. Office for the Aging, Co. Court House, 89 West Main St., Malone, NY 12953 (518) 483-6767

Fulton Co. Office for the Aging, One East Montgomery St., Johnstown, NY 12095 (518) 762-0650

Genesee Co. Office for the Aging, Batavia-Genesee Senior Center, 2 Bank Street, Batavia, NY 14020 (716) 3433-1611

Greene Co. Dept. for the Aging, 19 S. Jefferson Ave., PO Box 392 Catskill, NY 12414 (518) 943-5332

Hamilton See Warren/Hamilton

Herkimer Co. Office for the Aging, Co. Office Bldg., Mary St., Herkimer, NY 13350 (315) 867-1121

Jefferson Co. Office for the Aging, 1240 Coffeen St. (Lower Level) Watertown, NY 13601 (315) 782-1075

Lewis Co. Office for the Aging, Lewis Co. Office Bldg. PO Box 408 Lowville, NY 13367 (315) 376-5313

Livingston Co. Office for the Aging, Livingston Co. Campus, Bldg 1, Mt. Morris, NY 14510 (716) 658-2881, Ext. 18, 29, 41

Madison Co. Office for the Aging, Box 250, Rt. 20, Morrisville, NY 13408 (315) 684-9424

Monroe Co. Office for the Aging, 375 Westfall Rd., Rochester, NY 14620 (716) 274-7800

Montgomery Countywide Office for the Aging, PO Box 191, Amsterdam, NY 12010 (518) 843-2300

Nassau Co. Department of Senior Citizen Affairs, 222 Willis Ave., Mineola, NY 11501 (516) 535-5814

Niagara Co. Office for the Aging, Switzer Bldg., 100 Davison Rd., Lockport, NY 14094 (716) 439-6044

Oneida Co. Office for the Aging, Co. Office Bldg., 800 Park Ave., Utica, NY 13501 (315) 798-5771

Onondaga Metropolitan Commission on Aging, Civic Center, 10th Floor, 421 Montgomery St., Syracuse, NY 13202 (315) 425-2362

Ontario Co. Office for the Aging, 120 N Main St., Canandaigua, NY 14424 (716) 396-4041

Orange Co. Office for the Aging, 60 Erie St., 3rd Floor, Goshen, NY 10924 (914) 294-5151 Ext. 1560

Orleans Co. Office for the Aging, Orleans Co. Admin. Bldg., 14016 Route 31, Albion, NY 14411 (716) 589-5673 or 7004 Ext.191

Oswego Co. Office for the Aging, Co. Office Complex, 70 Brunner St., PO Box 3080, Oswego, NY 13126 (315) 349-3231

Otsego Co. Office for the Aging, Co. Office Bldg., Cooperstown, NY 13326 (607) 547-4233

Putnam Co. Office for the Aging, 110 Old Route 6, Bldg. A, Carmel, NY 10512 (914) 225-1034

Rensselaer Co. Dept. for the Aging, 1700 7th Ave., Troy, NY 12180 (518) 270-2730

Rockland Co. Office for the Aging, Bldg. B, Health & Social Services Complex, Pomona, NY 10970 (914) 354-0200 Ext. 2100

St. Lawrence Co. Office for the Aging, Co. Office Bldg., Canton, NY 13617 (315) 379-2204

Saratoga Co. Office for the Aging, South Street School, South St., Ballston Spa, NY 12020 (518) 885-2212

Schenectady Co. Office for the Aging, 117 Nott Terrace, Schenectady, NY 12308 (518) 382-8481

Schoharie Co. Office for the Aging, 122 E. Main St., Cobleskill, NY 12043 (518) 234-4219

Schuyler Co. Office for the Aging, 336-338 W. Main St., Montour Falls, NY 14865 (607) 535-7108

Seneca Co. Office for the Aging, PO Box 480, Seneca Falls, NY 13148 (315) 568-5893

Steuben Co. Office for the Aging, County Rte. 113, Bath, NY 14810 (607) 776-7651

Suffolk Co. Office for the Aging, 65 Jetson Lane, Central Islip, NY 11722 (516) 348-5313

Sullivan Co. Office for the Aging, 100 North St., New Co. Government, Monticello, NY 12701 (914) 794-3000

Tioga Co. Office for the Aging, 231 Main St., Owego, NY 13827 (607) 687-4120

Tompkins Co. Office for the Aging, 320 N. Tioga St., Ithaca, NY 14850 (607) 272-2825

Ulster Co. Office for the Aging, 240-244 Fair ST., PO Box 1800, Kingston, NY 12401 (914) 331-9300 Ext. 578

Warren/Hamilton Counties Offices for the Aging, Warren Co. Municipal Center, Lake George, NY 12845 (518) 761-6347

Washington Co. Office for the Aging, PO Box 58, Whitehall, NY 12887 (518) 499-2468

Wayne Co. Office for the Aging, PO Box 7336, Rte. 31 W. Lyons, NY 14489 (315) 946-5624

Westchester Co. Office for the Aging, 214 Central Ave., White Plains, NY 10606 (914) 682-3000

Wyoming Co. Office for the Aging, 76 N. Main St., Warsaw, NY 14569 (716) 786-8833

Yates Co. Area Agency on Aging, 5 Collins Ave., Penn Yan, NY 14527 (315) 536-2368

New York City Department for the Aging, 2 Lafayette Street, New York, NY 10007 (212) 577-0848, Reduced Fare Program 577-0819

St. Regis Mohawk Office for the Aging, St. Regis-Mohawk Indian Reservation, Hogansburg, NY 13655 (518) 358-2272 Ext. 221

Seneca Nation of Indians Office for the Aging, 1500 Rte. 438 Irving, NY 14081 (716) 532-5778

Other Resources for Older Persons

Alcoholics Anonymous Check local phone book for nearest chapter.

Alzheimer's Disease and Related Disorders Association,* Inc., 70 E. Lake St., Chicago IL 60601 ● 1-800-621-0379

American Association of Retired Persons (AARP) 919 3rd Ave., 28th Floor, New York NY 10022 (212) 758-1411

Cancer Information Service*, 1-800-422-6237

Gray Panthers 311 S. Juniper St., Suite 601, Philadelphia, PA 19107 (215) 545-6555

Green Thumb Box 5468, Cortland, NY 13045 (607) 756-7509

Institute for Puerto Rican/Hispanic Elderly Rm. 401, 105 E 22 St., New York, NY 10010 (212) 677-4181

National Council of Senior Citizens 925 15 St., NW Washington, D.C. 20005 (202) 347-8800

NYS Coalitian Against Domestic Violence 5 Neher St. Woodstock, NY 12498 ● 1-800-942-6906 ● 1-800-942-6908 (Spanish)

NYS Conference of NAACP Branches
260 5 Ave., 6th Flr. New York, NY
10001-6408 (212) 481-4100

NYS Peer Review Organization *For review of hospital decisions under Medicare*
● Empire State Medical, Scientific & Educational Foundation, Inc., 420 Lakeville Rd., Lake Success, NY 11042 (516) 437-8134 ● 1-800-331-PROS

New York Statewide Senior Action
196 Morton Avenue, Albany, NY 12202
(518) 436-1006

National Urban League 500 E. 62 St., New York, NY 10021 (212) 310-9201

Resources for Midlife and Older Women, Inc. 226 E. 25 St., Suite 1D, New York, NY 10010 (212) 696-5501

Senior Action in a Gay Environment, Inc. 208 W 13 St. New York, NY 10011 (212) 741-2247

Resource Phone Numbers:

(Toll-free in New York State)

Alcohol and Drug Abuse:

Alcohol Hotline 1-800-ALCALLS
Substance Abuse Information & Referral 1-800-522-5353

Assistance for Persons with Disabilities:

Advocacy for the Developmentally Disabled 1-800-462-4347
Emergency Number for the Deaf 1-800-342-4357
Library for the Blind 1-800-342-3688

Services:

New York State Office for the Aging Senior Hotline 1-800-342-9871
Dept. of Social Service Information Line 1-800-342-3715
Cancer Hotline — Stop Smoking Hotline 1-800-4CANCER
Income Maintenance Hotline 1-800-525-2521
Domestic Violence Hotline 1-800-942-6906
(Spanish) 1-800-942-6908
NYS Peer Review Organization *(for review of Hospital decisions under Medicare)* 1-800-331-PROS
Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage (EPIC) 1-800-332-EPIC

Energy:

NYS Energy Office Hotline 1-800-342-3722 **Public Service Commission Emergency Hotline** (disconnections, service refusals) 1-800-342-3355 • **Helpline** (complaints, service billing by utilities: gas, electric, phone) 1-800-342-3377

List additional phone numbers as needed.

Local Office for the Aging: _____
_____ Phone: _____
Physician: _____
_____ Phone: _____
Pharmacy: _____
_____ Phone: _____
Emergency Contact: _____
_____ Phone: _____

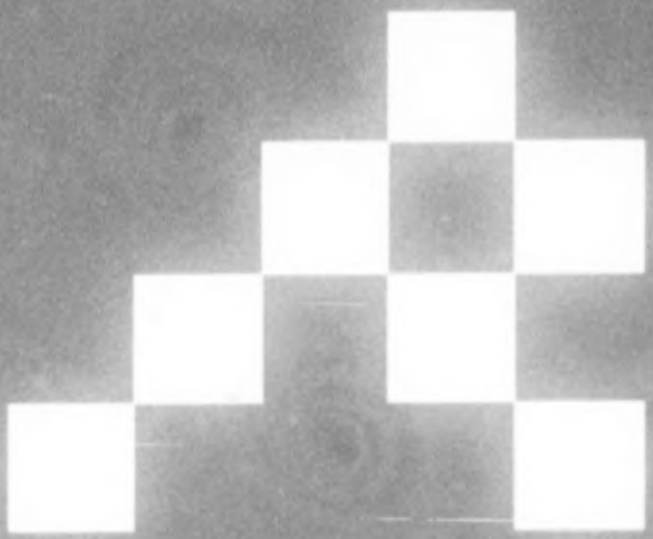
Other Resources:

Name: _____
_____ Phone: _____
Name: _____
_____ Phone: _____
Name: _____
_____ Phone: _____
Name: _____
_____ Phone: _____
Name: _____
_____ Phone: _____

NEW YORK STATE OFFICE FOR THE AGING
2 Empire State Plaza, Albany, NY 12223-0001

94

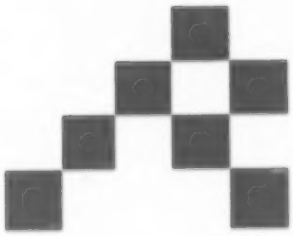
BEST COPY AVAILABLE



Ayuda Práctica

Estado de Nueva York • Oficina para los Envejecientes

BEST COPY AVAILABLE



Ayuda Práctica

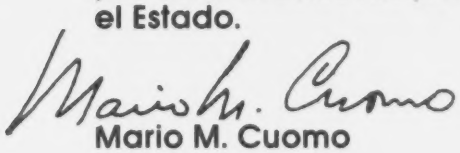
para las Personas Que Cuidan a Envejecientes

Curso de Seis Sesiones para las Personas Que Informalmente Cuidan a Envejecientes.

Estado de Nueva York Oficina para los Envejecientes
Mario M Cuomo, Gobernador — Jane G. Gould, Director

A menudo pensamos que el papel del Estado en los servicios humanos se reduce a los servicios de cuidado directo que provee. Nos olvidamos que la mayor parte del cuidado a personas dependientes es ofrecido por las familias. Los miembros de la familia naturalmente se ayudan unos a los otros.

La Ayuda Práctica es un instrumento que ayudará a los que cuidan a los Envejecientes a aprender cómo proveer un cuidado mejor y más eficiente. Este es parte del esfuerzo continuo y una muestra de nuestro aprecio por las maravillosas personas que cuidan de ellos en el Estado.

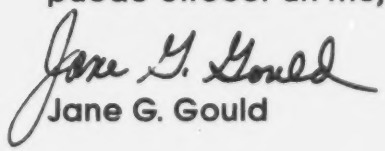


Mario M. Cuomo

Esta tercera edición de la Ayuda Práctica provee información sobre cómo hacer las cosas y sobre los recursos disponibles para los que cuidan de sus ancianos recluidos en el hogar. También trata de los aspectos físicos y psicológicos del envejecimiento y del servicio de cuidado de los envejecientes.

Es tan amplia la variedad de problemas que se presentan a las personas que cuidan a los envejecientes que el adiestramiento especial para satisfacer sus necesidades es importante para el bienestar de éstos y de aquellos a quienes cuidan. La Ayuda Práctica es un programa diseñado para satisfacer esas necesidades

Una persona que cuida a otra y está bien informada puede ofrecer un mejor cuidado.



Jane G. Gould

Tabla de Contenido

Reconocimiento

Introducción

Sesión 1 - Los Aspectos Psicológicos del Cuidado de Envejecientes 1

Sesión 2 - Problemas Médicos del Envejecimiento 12

Sesión 3 - Cambios en la Visión, [illegible]dición y del Habla Relacionado con la Edad 19

Sesión 4 - La Identificación y el Uso de los Recursos en la Comunidad 33

Sesión 5 - Cuidado Personal - Desarrollo de Destrezas 48

Sesión 6 - Evaluación de la Situación - ¿Qué Traerá el Futuro 74

Reconocimiento

Esta revisión de la Ayuda Práctica para las Personas Que Cuidan A Envejecientes fué preparada, producida y distribuida por la Oficina para los Envejecientes del Estado de Nueva York con el apoyo de muchas personas y organizaciones. En la oficina estatal, Guillermo Spellecy, coordinador de proyecto, y Ricardo Wendover, especialista asociado en información pública, fueron los responsables por la redacción final y producción.

La Liga de Acción Ibero-Americana, Inc. (IAAL), una agencia que presta servicios humanos a los latinos en Rochester, Nueva York, fue seleccionada para hacer la traducción. Wim Baars, psicólogo escolar, fue el traductor. Luisa E. Baars, directora asistente de IAAL, fué la editora y coordinadora del proyecto. María Ester Sánchez, secretaria de IAAL, hizo la transcripción del manuscrito en español. Varios voluntarios, empleados y miembros de la junta de directores de IAAL, ayudaron a corregir el material traducido y a hacer la adaptación necesaria para así hacer las diferencias linguísticas entre los grupos de latinos.

En Buffalo, Colleen M Karuza, M.A., fué la redactora y Sue [illegible]isano leyó los borradores y transcribió el manuscrito.

Los siguientes corrigieron secciones del curso: Arthur [illegible]. Cryns, Ph.D, director, Carol A Nowak, Ph.D y Gary C. Brice, ACSW, directores asociados y Alan T. Sturm, RNC, especialista de adiestramiento en geriatría de Multidisciplinary Center for the Study of Aging, Universidad del Estado de New York en Buffalo; Sydelle Brooks Levy, Ph.D., directora de educación y adiestramiento, Lighthouse National Center for Vision and Aging, New York, New York; Sandra Styles, RN, vice-presidenta, SPS Health Care, Inc., Buffalo; Joseph P. Sonnenberg, M.S., patólogo licenciado del habla y lenguaje, Buffalo Hearing and Speech Center, Buffalo, y el personal del Departamento de Servicios Sociales del Condado de Erie, Buffalo, New York.

Fuentes Principales

En el desarrollo del curso original se usaron tres publicaciones que también se han usado para esta versión revisada:

A Model Curriculum and Teaching Guide for the Instruction of the Homemaker - Home Health Aide, desarrollado por National Council for Homemaker - Home Health Aides Services Inc., con fondos del Departamento de Salud y Servicios Humanos;

As Parents Grow Older - A Manual for Program Replication, desarrollado por Institute of Gerontology, Universidad de Michigan, en parte costeado por Administration on Aging;

A Healthy Old Age: A Sourcebook for Health Promotion with Older Adults, desarrollado por Center for Social Welfare Research, Escuela de Trabajo Social, Universidad de Washington, con fondos de Administration on Aging.

*Cómo usar Ayuda Práctica**

La Ayuda Práctica es un curso de seis sesiones desarrollado por la Oficina para los Envejecientes del Estado de Nueva York. Está diseñado especialmente para aquellas personas que cuidan de familiares y amigos ancianos restringidos al hogar y que necesitan información y destrezas para seguir prestando ese servicio. El curso ayudará a identificar y a usar los servicios de la comunidad. Además, proveerá la oportunidad para adquirir destrezas en el cuidado personal y conocimiento sobre los problemas asociados con este servicio. El curso se propone ayudar a reducir la tensión en las personas que cuidan a envejecientes, capacitarles para que provean un mejor servicio y evitar que los ancianos restringidos al hogar vayan a parar a una institución.

También fue escrito para ancianos que deseen aprender más acerca de sí mismos, de sus contemporáneos y del proceso de envejecimiento.

Diseño del Programa

Objetivos

El curso está dividido en seis sesiones de dos horas cada una. Los objetivos principales son ayudar a los participantes a:

Fomentar el entendimiento y conocimiento sobre el proceso de envejecimiento.

- Entender los problemas médicos y psicológicos asociados con el envejecimiento.
- Adquirir destrezas en el cuidado personal.
- Identificar y resolver problemas comunes asociados con el cuidado de los ancianos.
- Adquirir un mayor conocimiento sobre los recursos disponibles en la comunidad y sus funciones.
- Desarrollar y expresar formas de ayudarse a sí mismos y a la vez asistir a sus parientes ancianos a mantener una vida activa y productiva.

Estos objetivos abarcan el tema central de todo el programa: o sea, el cuidado de ancianos debilitados es una tarea muy difícil que requiere destrezas y conocimientos especiales.

*Nota: Cuando se usa en el texto el masculino, se incluye el femenino. Por ejemplo, el que provee cuidado, entiéndase también la que provee cuidado; el anciano, entiéndase también la anciana.

Contenido del Programa

Sesión 1. - Los Aspectos Psicológicos del Cuidado de Envejecientes. En esta sesión, los participantes examinarán los problemas psicológicos asociados con el cuidado de los envejecientes. Estos incluyen tensión, extenuación, desgaste emocional, impersonalidad y retraimiento social. Se discuten los modos en que las familias pueden trabajar conjuntamente para aliviar algunos de estos problemas.

Sesión 2. - Problemas Médicos del Envejecimiento. Se provee información básica acerca de enfermedades crónicas comunes que acompañan o se intensifican con la edad, tales como: enfermedades cardiovasculares y síndromes orgánicos cerebrales. El enfoque en los problemas de salud asociados con la edad va acompañado de la presentación de datos que demuestran que la mayoría de los ancianos se mantienen activos y saludables en los años postrimeros.

Sesión 3. - Cambios en la Visión, Audición y del Habla Relacionados con la Edad. En esta sesión se discuten detalladamente los tipos de cambios visuales, auditivos y del habla asociados con el envejecimiento. Se repasan también los problemas de comunicación que surgen con la pérdida sensorial y las enfermedades. Se ofrecen sugerencias prácticas sobre como tratar con estos problemas.

Sesión 4. - La Identificación y el Uso de los Recursos en la Comunidad. En esta sesión se aprende sobre cómo determinar que los servicios de apoyo sean necesarios y cómo obtenerlos. Se provee información a las personas que cuidan a envejecientes sobre los servicios disponibles en la comunidad local. Se provee a los participantes material informativo sobre las agencias de la comunidad consistente en folletos, panfletos y otro material escrito. Se discuten las alternativas disponibles para el cuidado del anciano debilitado en el hogar. Se enfatiza la función complementaria del sistema formal y de la persona que ofrece el servicio informalmente.

Sesión 5. - Cuidado Personal - Desarrollo de Destrezas. Esta sesión provee consejos prácticos y ejemplos sobre cómo ayudar al anciano en su cuidado personal y en las tareas del hogar. Se enfatiza en el aumento de la capacidad de observación de la persona que cuida y en los cambios ambientales que pueden mejorar el funcionamiento de la persona anciana.

Sesión 6. - Evaluación de la Situación: ¿Qué Traerá el Futuro?. En esta sesión los participantes examinan y resumen el contenido de las sesiones anteriores. Ellos describen sus sentimientos acerca de la situación y los resultados de su participación en el programa. Los participantes discuten las posibilidades, tales como la solicitud de ayuda suplementaria por parte del sistema formal de prestación de servicios para reducir la tensión; formación de un grupo de apoyo entre contemporáneos; petición para que se ofrezcan otros servicios no disponibles e investigación de las estructuras que puedan ayudar a cerrar la brecha que existe en los servicios existentes.

Sesión 1

Los Aspectos Psicológicos del Cuidado de Envejecientes

Usted está proveyendo cuidado a una persona mayor restringida al hogar -su cónyuge, un padre o una madre, suegro(a), tío(a), hermano(a), hijo(a), o amigo(a). Usted es la persona que ofrece el cuidado. Otros miembros de la familia podrían o deberían compartir esta responsabilidad. Pero, por la razón que sea, la responsabilidad es suya. Usted puede haber llegado al punto de preguntarse: "¿Qué está pasando aquí?"; "¿Cómo llegué a estar metido(a) en esto?"; "¿Cuánto tiempo más puedo continuar?"; "¿Por qué yo?".

Puede ser que usted comenzó a ofrecer el cuidado en un espíritu de amor y generosidad. Pero, a lo mejor ahora usted se siente culpable de sus sentimientos negativos y esto aumenta el problema.

Usted está pasando por un proceso por el cual pasa la mayoría de las personas que cuidan a envejecientes. Para ayudarle a comprender lo que está ocurriendo vamos a contestar la pregunta "¿Qué está pasando aquí?". Vamos a mirar a la persona a quien usted está cuidando, o sea la persona que recibe el cuidado, y luego a usted, o sea, la persona que cuida. Probablemente usted verá su situación reflejada en esta sección.

La Persona Que Recibe el Cuidado.

¿Cambia de forma significativa la esencia de la personalidad cuando una persona avanza en edad? ¿Se tornan los ancianos más rígidos u obstinados en la manera de ser? ¿Pierden ellos el interés en el mundo de afuera y llegan a ser más egoistas?. ¿Se corroen con el tiempo la sensibilidad y las características positivas que tenían antes como padres y cónyuges de manera que ahora usted tiene que bregar con un anciano que es quisquilloso, impaciente e irritable?

Los científicos han descubierto que la personalidad y el carácter de una persona no cambian de una forma significativa con el tiempo y los mismos se mantienen consistentes de modo sorprendente desde la edad adulta hasta la ancianidad. Los modos en que las personas habitualmente bregan con la vida y sus retos se mantienen a lo largo de sus vidas.

Los científicos han encontrado también que algunas cosas en las personas pueden cambiar. Por ejemplo, el avance en la edad puede resultar en la pérdida de alguna energía, psíquica y física, de manera que la persona es más lenta para llevar a cabo las tareas. Los científicos han encontrado, interesantemente, que los hombres de edad avanzada se tornan más atentos, emocionalmente expresivos y menos autoritarios, mientras que las mujeres tienden a darle más valor a sus derechos.

Las investigaciones también han descubierto que, incluso en la edad avanzada, las diferencias individuales permanecen. Por ejemplo, algunas personas retiradas necesitan permanecer activas para gastar las energías que invertían en su trabajo u otras obligaciones propias de su papel. Otros, sin embargo, aceptan y disfrutan el ocio y la libertad que el retiro conlleva con gran ecuanimidad.

Según los científicos, es importante que los ancianos sigan vinculados a otros seres humanos, preferiblemente familiares y amigos que puedan actuar como confidentes. Las mujeres ancianas aparentemente necesitan más de este vínculo que los hombres ancianos, ya que éstos frecuentemente substituyen el trabajo o los pasatiempos por las relaciones interpersonales. También se ha notado que la soledad o vivir solo sin una red de apoyo de amigos o familiares es una situación extremadamente tensa para personas ancianas. Las investigaciones han demostrado que el matrimonio o la convivencia con otras personas típicamente causa más satisfacción en la vida; refuerza la habilidad de la persona para bregar con la tensión y ayuda a prevenir que las personas lleguen a ser

víctimas del alcoholismo y la adicción y aun de las enfermedades. Recuerde que independientemente de la edad que tengan las personas, a éstas no se les puede clasificar uniformemente.

Lo que se acaba de decir no implica que la personalidad del anciano no puede cambiar o que no cambiará con el tiempo. Lo que significa es que una persona saludable, es decir, que no está afectada por una incapacidad o enfermedad relacionada con la edad, puede mantener un alto grado de consistencia y continuidad en la conducta al pasar de la edad adulta media hasta los años postrimeros de su vida. Sin embargo, enfermedades debilitantes, como por ejemplo la enfermedad de Alzheimer, no sólo afectan las habilidades cognoscitivas e intelectuales de la víctima, sino también pueden frecuentemente afectar las características más delicadas del carácter de una persona, particularmente en las etapas finales de la enfermedad. Además, los ancianos que sufren simultáneamente de incapacidades y desórdenes reciben frecuentemente varios tipos de medicamentos que pueden causar un desarreglo marcado en su manera de pensar y de comportarse. Bajo estas circunstancias de vida claramente patogénicas, el anciano llega a depender de otros para su cuidado. La necesidad de un cuidado efectivo y compasivo es evidente, particularmente para los que viven en el mismo hogar.

Mucho se ha escrito sobre cómo la ayuda y el apoyo de la familia, amigos, vecinos y proveedores del cuidado formal han hecho posible que las personas ancianas manejen de una forma más efectiva las tensiones de las enfermedades o incapacidades; mejoren su sentido de aprecio y dignidad propia; cumplan con el régimen médico y, en la medida posible, recobren prontamente de una enfermedad o dolencia. Aunque generalmente cierto, estos hallazgos, sin embargo, disfrazan un patrón de interacción mucho más complicado entre la persona que cuida y la que recibe el cuidado, donde puede haber unos cuantos elementos negativos. La persona que cuida debe estar consciente de estos aspectos para poder ser efectiva.

Debemos reconocer que la persona anciana o enferma asume un papel social que no es típico en nuestra sociedad, se espera que los adultos, particularmente, sean independientes y tengan confianza en sí mismos. Lo contrario implica que uno ha retrocedido a un nivel más bajo de funcionamiento lo cual puede tener un impacto claramente negativo sobre el sentido de auto-estima de la persona enferma. Es sabido que las personas mayores son muy confiadas de sí mismas hasta tal punto que esta característica ha llegado a ser identificada como un gran impedimento para que las personas de esta edad busquen ayuda. Enfermarse y tener que depender de otros-situaciones que bajo practicamente todas las circunstancias tienen una etiqueta negativa-pueden ser traumáticas para los ancianos. El problema se puede agravar más aun si hay personas que confrontan a sus ancianos enfermos o incapacitados con el convencimiento no expresado de que éstos de alguna forma han merecido su destino, ya sea por su conducta descuidada o por ciertas características personales indeseables. No estamos dispuestos a admitir que el sufrimiento y la enfermedad se distribuye al azar entre la humanidad y que todos podemos llegar a necesitar del cuidado de otros. Dentro de cada persona que cuida puede darse a la vez una opinión negativa hacia el que recibe su cuidado y sentimientos de compasión. Esto es particularmente cierto si la condición de la persona a quien se cuida es duradera y no hay esperanza de mejoría. Según el adulto se torna más dependiente y menos confiado en sí mismo, la persona que cuida puede sentirse más y más inútil, resentida, y frustrada con el aumento de responsabilidad.

Mucha gente espera agradecimiento por el cuidado que brindan. En vez de esto, el que recibe el cuidado puede responder con sentimientos negativos de tensión, hostilidad, y disminución en su auto-estima, y puede hasta expresarse de forma derogatoria acerca de la persona que le cuida y de la ayuda ofrecida. De la misma manera que la persona que cuida puede albergar sentimientos negativos hacia el que recibe cuidado, así mismo puede éste responder al que le cuida. Como todo el

mundo, los ancianos aprecian su libertad e independencia, y cuando estos valores están amenazados, ellos reaccionan con coraje y tratan de reafirmar los mismos. A lo mejor esto se refuerza cuando el cuidado lleva mensajes contrarios. De un lado, el que recibe el cuidado se siente afirmado; de otro lado, despreciado.

Las investigaciones indican que las personas que tienen un alto sentido de auto-estimación no aceptan la ayuda tan voluntariamente como personas con auto-estimación baja. La razón de esto es clara. Recibir y aceptar ayuda conlleva el mensaje de que uno ha fallado-una experiencia disonante para un persona con alta auto-estimación.

Una forma de evitar esta situación es el permitir que el que recibe el cuidado pague a la persona que le cuida con algún tipo de favor. Este intercambio puede que no sea posible para las personas gravemente enfermas o debilitadas. La persona que cuida que es realmente sensible creará la oportunidad para que el que recibe su cuidado pueda reciprocar, no importa cuan pequeño sea el gesto. Este acto es de incalculable valor para el sentido de dignidad y auto-estimación de la persona que recibe el cuidado y ayuda a mantener una interacción satisfactoria.

Las Tensiones Asociadas con el Cuidado

Las personas dedicadas al cuidado de envejecientes saben por intuición el valor y la importancia de su papel. Sin embargo, éstas se encuentran con problemas reales y peligros latentes que pueden ser perjudiciales.

El cuidar a otros no solamente puede ser, sino que es un oficio lleno de tensiones. Varios estudios relatan muchos casos de extenuación tanto en las personas que proveen cuidado formal como en las que lo proveen de modo informal. Extenuación es un complejo fenómeno con tres componentes mayores: postración emocional, impersonalidad y reducción de los logros personales. Postración emocional es un agotamiento de los recursos emocionales lo que hace que uno sienta que ya no puede contribuir más.

No estamos dispuestos a admitir que el sufrimiento y la enfermedad se distribuye al azar entre la humanidad y que todos podemos llegar a necesitar del cuidado de otros.

Impersonalidad es el desarrollo de actitudes negativas e insensibles hacia la persona que recibe el cuidado. La Reducción de logros personales en la persona que cuida produce un sentido bajo de auto-expectativas que resulta en que no vea vida más allá del cuidado. Si llegó a la extenuación, la persona que cuida está a riesgo de enfermarse, de someterse al uso mayor de alcohol o drogas, y de causar problemas en la familia y en el matrimonio. La extenuación siempre afectará la relación entre la persona que cuida y la que recibe el cuidado.

La extenuación puede ser causada por las demandas emocionales que se hacen de la persona que cuida. Los que reciben el cuidado, a menudo pueden estar preocupados, ansiosos, y confusos acerca de lo que está pasando. Pueden estar avergonzados de su dependencia y quizás niegan la verdad acerca de su condición. Debido a su propio estado emocional y físico, éstos pueden mostrarse

impacientes, enojados y abusivos; quejarse excesivamente y hacer demandas irrazonables. Desafortunadamente, la persona que ofrece el cuidado es el blanco de este abuso.

La naturaleza de los problemas de la persona a quien se cuida puede contribuir también a la extenuación de la persona que le cuida. Algunas enfermedades o incapacidades son tan serias y su pronóstico es tan pobre que las personas que cuidan desarrollan un sentido profundo de incompetencia y frustración, y ven el cuidado que ofrecen como "una gota que cae a un barril sin fondo". Esto representa un riesgo particularmente para la persona que cuida y niega la realidad de la situación en que se encuentra la persona que recibe su cuidado y continúa trabajando bajo lo que algunos investigadores llaman una fantasía de rescate.

Los que ofrecen y los que reciben el cuidado pueden tener problemas de comunicación. Ambos pueden carecer de la habilidad y el deseo de expresar su convicción y sentimientos acerca del otro y de su situación. Invariablemente los problemas de salud causan una aflicción del ánimo, particularmente si implican malas noticias. La necesidad de ocultar puede crear un acto de silencio entre las personas, no intencionado, pero real. A la vez el proceso de comunicación puede llegar a ser solamente un ejercicio crónico de diversión. Cuando esto ocurre, ambos están intuitivamente conscientes del proceso, pero pueden sentirse incapaces para cambiarlo. En este caso, la inter-relación llega a ser ambivalente y la cercanía física co-existe con un distanciamiento psicológico.

La extenuación es una manifestación de tensión que se ve en la conducta. Una conducta asociada con la extenuación es la llamada reacción de "mea culpa". Aun cuando los que cuidan reconocen que la naturaleza tensa del trabajo viene de la situación, viven culpándose. "Si yo realmente me hubiese elevado a la altura de la tarea, hubiera sido capaz de bregar", se lamentan los que cuidan. Por lo tanto, ellos experimentan un sentido de pecado personal, una pérdida de auto-estimación y un estado emocional de depresión o impotencia.

La tendencia por parte de los que cuidan a otros a explicar los problemas fijándose más en la disposición del que recibe su cuidado que en la situación, puede afectar de forma negativa lo que ellos sienten por los que están bajo su cuidado. No importa el amor o respeto que se sienta por el que recibe el cuidado, éste empieza a ser denigrado y criticado, y progresivamente el que le cuida puede tornarse indiferente o insensible. Aunque usted no lo crea, esta situación es realmente normal. Hay aspectos en la relación de ayuda que promueven y mantienen este fenómeno. Antes de todo está el hecho de que el que recibe cuidado es una persona con problemas o deficiencias. Independientemente de las cualidades positivas que esta persona pueda tener, el que le cuida sólo ve y trata con la parte negativa de su condición.

El segundo aspecto, que ya hemos mencionado, es el hecho de que el que recibe cuidado puede menospreciar y denigrar la ayuda que se le está dando. Si la reacción de la persona que recibe el cuidado no es suficientemente positiva, el que ofrece el servicio puede a su vez comenzar a demostrar una conducta agresiva.

Finalmente, el darle un carácter de impersonalidad al que recibe cuidado puede ser un intento inconsciente del que le cuida de crear un distanciamiento emocional. Si el que recibe el cuidado es un ser querido, este distanciamiento se usa a menudo como un parachoque para bregar con los sentimientos de dolor y depresión al vislumbrarse la pérdida futura.

¿Cómo puede la persona que cuida tratar con las tensiones de su papel? Ya que la postración emocional que uno experimenta está relacionada con las personas, una alternativa es "escapar de todo eso" - al menos temporalmente. De esta forma, los que cuidan pueden regenerar sus energías, su entusiasmo y sentido de misión. En términos sencillos, el sentimiento de estar sobrecargado de responsabilidades puede ser aliviado por medio de una técnica de retraimiento social temporero. Una estrategia efectiva para restablecerse es la colocación del anciano en un programa de relevo (respite) para que

otras personas le cuiden por un corto tiempo mientras uno toma unas vacaciones y cuida de otros deberes. Permitir que otros asuman la responsabilidad del cuidado de manera que haya ciertos períodos donde uno puede disponer de tiempo para sí mismo es también una expectativa tranquilizadora. Existe un verdadero problema si las personas que cuidan a los envejecientes se sienten tan compulsivamente atadas a su deber que aun un breve período de descanso les provoca culpa y recelo. Pero, cualquier persona incapaz de poner límites y tomar vacaciones, tendrá una expectativa de vida muy breve como proveedora efectiva de cuidado.

Para algunas personas que cuidan a envejecientes, el reunirse con otras personas que ofrecen este servicio puede ser tan efectivo cómo ausentarse. Estas personas pueden ser una excelente fuente de apoyo y fortaleza entre sí. Al darse cuenta como otros bregan con ciertas situaciones, cómo se sienten hacia aquellos que reciben su cuidado y el tipo de tensiones internas y conflictos con los cuales tienen que luchar, los miembros de estos grupos no solamente aprenden unos de otros, sino también se sienten menos aislados. El intercambio franco y explícito de experiencias e ideas animan a los que participan en ello, les da fortaleza y la tranquilidad que produce saber que ellos no están solos haciendo lo que hacen y sintiendo lo que sienten.

Las Tensiones de la Personas Empleadas que Cuidan a Envejecientes

Los miembros de la familia generalmente cuidan de los ancianos débiles e incapacitados.

En la familia hay por lo general una persona que es la encargada principal del cuidado - un papel desempeñado tradicionalmente por la mujer. De 20 a 80 por ciento de todas las personas que cuidan a otros son mujeres- esposas, hijas, yernas, y nietas. Hoy en día el cuadro típico de estas personas es el de una mujer de edad madura que tiene entre 40 y 60 años de edad, que tiene un promedio de "2.3" hijos, que aun pueden estar en casa y que también requieren su atención y cuidado. Las mujeres no solamente constituyen la mayoría de los que cuidan a los envejecientes, sino también más de la mitad de todas las personas empleadas.

Invariablemente los problemas de salud causan una aflicción del ánimo, particularmente si implican malas noticias.

A pesar de que la participación de las mujeres casadas en la fuerza obrera ha aumentado, pocos cambios han ocurrido en el modo como se divide el trabajo . En vez de compartir las tareas, la mujer empleada que cuida a otros tiene que reajustar su tiempo y alargar su semana de trabajo para satisfacer las demandas de todo el mundo. Las mujeres siguen aceptando y asumiendo el papel tradicional de cuidar a otros. No es raro encontrar mujeres cuidando a otros que son miembros de familias que incluyen tres generaciones de mujeres desempeñando el mismo papel. Tanto las mujeres empleadas como las no empleadas proveen aproximadamente la misma cantidad de cuidado, pero cuando la tensión llega a ser demasiado grande, las mujeres en matrimonios intactos pueden tener la opción de dejar el trabajo para cuidar a sus padres ancianos. En el futuro, dejar el trabajo puede que no sea una opción ya que el porcentaje de hijos adultos con matrimonios intactos sigue disminuyendo y las presiones financieras siguen aumentando.

Conflictos entre los Papeles de las Personas Empleadas que Cuidan a Envejecientes

Ya sea que las personas cuidan a envejecientes por sí mismas o que hagan los arreglos para que alguien brinde el cuidado, las relaciones maritales pueden sufrir considerablemente durante los períodos críticos. El tiempo es limitado, las carreras se interrumpen, hay problemas financieros así como sentimientos de culpa. Las tensiones sociales, económicas, físicas y mentales al ofrecer cuidado a otros no solo interfieren con la participación en el mundo del empleo, sino también con la atención emocional que se presta al trabajo. Cuidar a un anciano débil y dependiente afecta a menudo la habilidad de la persona que le cuida para llevar a cabo los deberes de su empleo. Estas personas no solamente tienen que cambiar el horario y ajustar el uso del tiempo en la casa para cuidar a otros, sino también tienen que cambiar la situación de su trabajo para acomodar las responsabilidades de su papel.

Un Problema Escondido

Las investigaciones recientes aclaran el por qué los problemas de los empleados que cuidan a otras personas no son vistos como problemas en el lugar de empleo. Los empleados pueden desarrollar mecanismos para tratar con los problemas de tal forma que los supervisores muchas veces no están conscientes de que existe un problema. Los compañeros de trabajo encubren al empleado. Cuando es necesario, el empleado toma días por enfermedad para atender a los asuntos de la persona a quien cuida. En vez de enfrentar al supervisor con los problemas de tener que cuidar a un padre anciano, estas personas a menudo disfrazan sus problemas con la apariencia de problemas más aceptables (por ejemplo, problemas médicos). Los problemas asociados con el cuidado de envejecientes frecuentemente pasan por desapercibidos hasta que se llama la atención al empleado por problemas disciplinarios (por ejemplo, ausencias, tardanzas, pobre desempeño del trabajo), y su empleo peligra. Si el problema es lo suficientemente serio como para que la persona renuncie o se le despida, el patrón pierde más dinero y productividad mientras recluta un empleado nuevo y le da adiestramiento.

Las responsabilidades de cuidar de los ancianos débiles e incapacitados imponen un sacrificio sobre el empleado y el lugar donde trabaja. Tal parece que el lugar de trabajo podría ser una fuente importante de asistencia para el empleado que cuida a otros. Pero en la actualidad, éste no parece ser el caso.

¿Qué Puede Hacer el Empleado que Cuida a Envejecientes?

1. Sea sincero y franco con su supervisor acerca de la naturaleza y el alcance de sus problemas. No espere hasta que llegue una crisis para explicar la situación.

2. Pida ayuda a su coordinador del programa de Asistencia al Empleado (EAP), ya que éste debe estar familiarizado con la red de servicios que se brindan en su comunidad.

3. Comuníquese con su Oficina para los Envejecientes local para determinar cuales son los servicios que hay disponible.

4. Por medio de los canales apropiados, sugiera que su compañía adopte una o más de las acciones que otras compañías han implementado con éxito:

- horario flexible
- planes de beneficios flexibles que incluyen pago de los gastos para el cuidado de ancianos
- ayuda para el cuidado diario
- empleo a tiempo-parcial
- servicios de información y referido

5. Localice y únase a o comience un grupo de apoyo para personas empleadas que cuidan a envejecientes, para compartir problemas y preocupaciones similares. Su Oficina para los Envejecientes local es un buen punto de partida para obtener información.

6. Localice servicios de cuidado diario y de relevo para adultos. Otra vez su Oficina para los Envejecientes local puede ayudarle.

7. Comuníquese con la Oficina para los Envejecientes del estado o con su Oficina para los Envejecientes local para conseguir información sobre las medidas adoptadas en el sector corporativo.

Cómo Entender y Usar su Sistema Familiar

Las personas que cuidan a otros, particularmente las mujeres, se enfrentan a la misma vez con demandas de la persona que recibe su cuidado; de los cónyuges cuya salud también puede estar fallando; de sus propios hijos; y cada vez más de sus patronos. Términos como "la generación atrapada", "la generación del emparedado (sandwich generation)" y " las mujeres en el medio" se usan para describir los intereses conflictivos con los cuales tienen que enfrentarse las personas que tratan de bregar con las demandas y necesidades de las generaciones múltiples dentro del sistema familiar. Al paso del tiempo, esta situación por lo general se complica por la realidad de que es imposible satisfacer todas estas demandas.

Los que cuidan a envejecientes informan que los niveles de tensión bajan cuando otros miembros de la familia cooperan. Lo contrario es igualmente cierto. Si hay miembros de la familia que están disponibles para ofrecer ayuda y no pueden o no quieren hacerlo, los que cuidan por lo general informan que tienen niveles más altos de presión, ansiedad y tensión. Cuanto más miembros de la familia haya para recordarnos lo que ellos pueden hacer pero no hacen, tanto más será el resentimiento, frustración y remordimiento.

¿Pueden estas personas cambiar o alterar esta situación negativa? Sí, pueden, pero el cambio requiere que se comprendan todos los dinamismos de la familia y que se asuma el control donde esto es posible. Empiece por la identificación de los miembros de la familia ya involucrados o que pueden involucrarse en el cuidado del anciano. Al igual que la mayor parte de las familias, en su familia probablemente hay un número de miembros que, a sabiendas o no, desempeñan papeles específicos en la familia. En casi todos los casos, los papeles que ellos desempeñan tienen un componente histórico (es decir, por muchos años ellos han funcionado en este papel).

Comience con el papel más obvio, el de ofrecer cuidado. Usualmente este papel no ha sido asignado, ungido, elegido o decretado para la persona. Generalmente es asumido por el que lo desempeña debido a que tiene un historial largo de haber estado comprometido de forma responsable en tareas similares a la actual. Los investigadores en la Universidad de Toronto han dado a este papel el título de "persona que mantiene los lazos familiares." ("kinkeeper")[1] Cuando entrevistaron a las familias sobre esta posición en particular, los investigadores le hicieron esta pregunta: "Si usted piensa sobre su familia en los términos más amplios, incluyendo sus hermanos, tíos, primos, abuelos, etc. - ¿Hay en este momento alguna persona entre usted y su familia que, de acuerdo a su opinión, trabaja más fuertemente que los demás para mantener a los miembros de la familia en contacto unos con otros?" De acuerdo a los investigadores, esta posición dentro de la familia tiene algunas tareas específicas, que deben desempeñarse de forma responsable, incluyendo llamar por teléfono, escribir, visitar, organizar y ofrecer tertulias, reuniones, fiestas de cumpleaños, ocasiones especiales, etc., para unir y proveer información al resto de la familia. Estas personas tienden a ser responsables y a interesarse por los otros, lo cual es consistente con su desempeño en el pasado. De nuevo, este papel por lo general no es asignado por la familia, sino que se asume como algo natural y obvio en vista del historial de responsabilidad por la familia que la persona ha demostrado.

¿Quiénes son los otros miembros del sistema familiar a quienes debe entender y usar correctamente? Los investigadores también indican que la mayoría de las familias tienen

[1] Rosenthal, C.J. & Marshall, V.W. (1983). *The head of the family: Social Meanings and Structural Variability*. 1986. Canadian Journal of Sociology, Vol II, No. 2, pp. 183 - 189.

un especialista que representa la familia al mundo exterior, que también se conoce como embajador. Esta persona asegura que la familia esté representada en ocasiones tales como entierros de familiares, amigos, y familiares lejanos. Igualmente importante para la familia es el consolador, que presta el oído a los demás miembros de la familia que le buscan para discutir sus problemas y solicitar consejo y consuelo. Indispensable para cualquier proveedor de cuidado es el consejero financiero que provee consejos sobre asuntos financieros a los demás miembros de la familia. En el caso que se cuide a un anciano débil el consejero financiero puede controlar también la toma de decisiones en asuntos financieros, lo cual obliga a la persona que cuida a prestar atención y a cooperar.

Existe un verdadero problema si las personas que cuidan a los envejecientes se sienten tan compulsivamente atadas a su deber que aun un breve período de descanso les provoca culpa y recelo.

Otros papeles que han de ser identificados incluyen el del que se sienta en la cerca, quien, de por sí, no está muy activo o involucrado. Lo mejor que se puede decir de él es que no tiene una opinión fija sobre el asunto y lo peor que se puede decir es que cambia de opinión dependiendo de a quien escuchó por última vez. Finalmente y posiblemente el papel más difícil, es el de consultor.Como en muchas organizaciones, el consultor es alguien que no está involucrado en la situación, a quien los demás ven como alguien que tiene influencia o poder y como una fuerza con la cual hay que contar. En el contexto de ofrecer cuidado, el consultor rara vez provee cuidado directo y muchas veces pasa poco tiempo con el que da o el que recibe el servicio. Sin embargo, el tiempo que pasa con cualquiera de los dos o con ambos siempre llama la atención. Por ejemplo, puede ser que el consultor (hermano, tío, etc.) llegue al pueblo para llevar al que recibe cuidado a almorzar, compra unos regalos, hace unas promesas y luego sale rápidamente del cuadro. Durante las próximas semanas, el que recibe cuidado habla del consultor en una forma muy positiva, y le compara con el que le cuida de un modo poco realista y usualmente no favorable. En cierto sentido, el consultor se idealiza y llega a ser el punto de referencia por el cual se mide a los demás-en particular al que ofrece cuidado. Comentarios como "¿Por qué tú no eres como tu hermano?" "El me trata tan bién," se oyen a menudo y siempre causan tensión.

¿De qué forma se puede usar esta información para ayudar al que ofrece cuidado? En primer lugar, uno tiene que identificar las personas y su papel en el sistema de la familia. En el diagrama que sigue, llene los nombres de los miembros de la familia que van con el título. Si hay otros, ponga sus nombres y asígnele un título de acuerdo a su papel. No hay duda de que existen más papeles de los que fueron discutidos previamente.

☐ La persona que mantiene los lazos familiares (el que cuida de otros) (Nombre)

☐ La persona que recibe el cuidado (Nombre)

☐ Embajador (Nombre)

☐ Consolador (Nombre)

☐ El que se sienta en la cerca (Nombre)

☐ Consultor (Nombre)

☐ Consejero Financiero (Nombre)

☐ (Título) (Nombre)

Luego, determine si esta persona es una fuerza positiva (+) en relación a su papel de proveedor de cuidado, una fuerza negativa (-) o una fuerza neutral. Finalmente, desarrolle estrategias para llevar hasta el máximo las fortalezas del sistema familiar y reducir al mínimo sus debilidades.

Estrategias para Fomentar Fuerzas Positivas

- Para cada persona que usted identifica como una fuerza positiva, haga una lista de las aportaciones asociadas con esta persona.
- Usted mismo o con la ayuda de un confidente prepare una lista de sugerencias para aumentar estas aportaciones positivas.
- De un modo realista y conveniente, tome acción sobre una sugerencia a la vez hasta que termine su lista.

¿Por qué estoy haciendo esto?

- Para llevar al máximo la ayuda que estoy recibiendo.
- Para reconocer y recompensar las fuerzas positivas que contribuyen a mi papel.
- Para posiblemente aumentar la cantidad y la calidad de ayuda de parte de otros miembros de la familia conocidos por ayudar a otros.

Estrategias para Motivar las Fuerzas Neutrales

- Para cada persona que usted identifica como una fuerza neutral, haga una lista de toda la ayuda que están prestando ahora.
- Prepare una "lista de deseos" de las responsabilidades que parecen apropiadas para la capacidad y personalidad del individuo y que se necesitan para que usted pueda continuar en su papel de proveedor de cuidados. En este caso, se aconseja asignar más responsabilidades en vez de menos, ya que se anticipa que habrá un proceso de transacción entre usted y el miembro de su familia.
- Haga una decisión sobre la fecha para llamar por teléfono o aun mejor para tener una reunión con sus "fuerzas neutrales", en primer lugar para reconocer sus aportaciones

y luego para pedir más ayuda específica en adelante. Un encuentro cara a cara, quizás durante un almuerzo, puede aumentar la probabilidad de una respuesta favorable.

- Vaya a esta reunión con una lista escrita de peticiones para enfatizar la seriedad del asunto. Pida a los miembros de la familia que pongan sus iniciales al lado de las tareas que están dispuestos a asumir.
- De vez en cuando uno debe dar seguimiento con cosas positivas como una llamada telefónica, una notita, una tarjeta para dar las gracias, etc. para reforzar las aportaciones de éstos que han hecho su trabajo un poco más fácil; igualmente, si es necesario, recuerde a los miembros de la familia lo que se había convenido.

¿Por qué estoy haciendo esto?

- Para aumentar la ayuda al reconocer con agradecimiento lo que están haciendo.
- Para ganar el compromiso psicológico y físico de otros miembros de la familia. El potencial mayor para aumentar la ayuda de afuera viene indudablemente de aquellos familiares que no han demostrado papeles positivos y que no han participado activamente en contra de usted. Como en las elecciones, el voto indeciso decide a menudo la suerte de una controversia o de un candidato. Esta estrategia le ayudará a abogar por su causa.
- Para aclarar la posición de los familiares en cuanto a la ayuda y poner sobre aviso a los que no quieren ayudar.

Estrategias para Superar las Fuerzas Negativas

- Para cada persona que usted identifica como una fuerza negativa, haga una lista de sus problemas con ellas en cuanto al asunto de ofrecer cuidado. No incluya en esta lista conflictos de personalidad o asuntos que no estén relacionados.
- Usted mismo o junto con un confidente prepare una lista de estrategias para reducir al mínimo estas situaciones problemáticas.
- Haga una reunión o hable por teléfono para discutir como usted percibe el papel de ellos y el impacto que tienen. Permita al familiar discutir como él percibe su papel y el impacto que él mismo tiene.
- Sugiera un arreglo, permitiendo así que cada lado salga ganando. Es importante que usted no se enemiste con un ayudante potencial, en particular si el familiar tiene un papel de poder como consultor o consejero financiero.
- Puede ser conveniente pedir que el embajador o consultor intervenga si usted cree que un conflicto es inevitable. En el caso que no haya una tercera persona disponible, usted puede ponerse en contacto con un profesional de la red de servicios sociales.
- Si al agotar sus mejores esfuerzos usted no puede llegar a un acuerdo y las fuerzas negativas continúan, escriba sus quejas en un papel y envíe copias a los familiares. Esta estrategia se llama "asunto de record" y sirve para poner a la familia sobre aviso en cuanto a sus sentimientos y esfuerzos como la persona que cuida al anciano. Por lo menos, esta práctica provee una forma productiva para bregar con la tensión y sirve también de documentación que puede ser necesaria si en el futuro surgen diferencias legales.

¿Por qué estoy haciendo esto?

- Para hacer todos los esfuerzos razonables para resolver problemas y llegar a un arreglo y así mantener intacto el sistema familiar por tanto tiempo como sea posible.
- Para aclarar de donde exactamente vienen las fuerzas negativas y para documentar la naturaleza del problema.
- Para devolver el control al individuo que está dirigiendo el plan central: el que cuida.
- Para demostrar que la familia está comenzando a trabajar en conjunto y que aquellos que no cooperen serán puestos sobre aviso.
- Para reducir las pérdidas de manera que no se gaste energía valiosa lidiando con la conducta negativa de los familiares.

Referencias

Archbold, P. (1980). Impact of parent-caring on middle-aged offspring. *Journal of Gerontological Nursing* 6 (2), 78-85.

Archbold, P. (1983). Impact of parent-caring on women. *Family Relations* 32, 39-45.

Bengston, V.L. & Schrader, S. (1982). Parent-child relations: The measurement of inter-generational interaction and affect in old age. In *Research instrument in social gerontology.* Edited by D.J. Manger and W. Peterson. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Brody, E. (1985). Parent-care as a normative family stress. *The Gerontologist* 25, 19-29.

Brody, E. (January, 1986). Elaine Brody. Ms., 47.

Brody, E. & Schoonover, C. (1986). Patterns of parent-care when adult daughters work and when they do not. *The Gerontologist* 23, (6), 597-604.

Cantor, M. (1983). Strain among caregivers: A study of experience in the United States. *The Gerontologist* 23, (6), 597-604.

Cantor, M. (1985). Families: A basic source of long-term care for the elderly. *Aging* 349, 8-13.

Cicarelli, V. (1984). Marital disruption and adult children's perception of their siblings' help to elderly parents. *Family Relations* 33, 613-621.

De Paulo, B. (1978). Help-seeking from the recipient's point of view. JSAS, *Catalog of Selected Documents in Psychiatry,* 8, 62.

Federal Council on the Aging. (May 2, 1984). The working person as caregiver: A symposium on increasing support services for the frail elderly.

Hawranik, P. (1985). Caring for aging parents: Divided allegiances. *Journal of Gerontological Nursing* 11 (10) 19-22.

Joint Economic Committee, Congress of the United States. (April 3, 1984). Problems of working women.

Joint Economic Committee, Congress of the United States. (June 6, 1984). The role of older women in the work force.

Lieberman, M. & Mullan, J. (1987). Does help help? The adaptive five consequences of obtaining help form professionals and social networks. *American Journal of Community Psychiatry* 6, 499-517.

Marshall, V.W. & Schrader, S. . . (1983). Concerns about parental health. In *Women and aging.* Edited by E. Markson. Lexington, MA: Lexington Books.

Maslach, C. (1982). *Burn-Out: The cost of caring.* Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

Neugarten, B. (1968). *Middle-age and aging.* Chicago: University of Chicago.

New York Business Group on Health, Inc. (1986). *Employer support for employee caregivers.* New York: NYBGH.

Rosenthal, C.J. & Marshall, V.W. (1983). The Head of the Family: Social Meanings and Structural Variability, 1986, *Canadian Journal of Sociology,* Vol II, No. 2, pp. 183 - 184.

Rosenthal, C.J. (November, 1985). Kinskeeping in the familial division of labor. *Journal of Marriage and the Family.*

Shanas, E. (1973). Family kin networks and aging in cross-cultural perspective. *Journal of Marriage and the Family,* 35, 505-511.

Stoller, E.P. (November, 1983). Parental caregiving by adult children. *Journal of Marriage and the Family,* 851-857.

Subcommittee on Human Services of the Select Committee on Aging, House of Representatives. (January 1987). *Exploding the myths: Caregiving in America.*

Suls, J. (1982). *Social support, interpersonal relations and health In Social psychology of health and illness.* Edited by G. Sanders and J. Suls. Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum Associates Publishers, 256-278.

The Travelers. (June 1985). Travelers' employee caregivers survey: A survey on caregiving responsibilities of Travelers' employees for older Americans.

U.S. Bureau of Labor Statistics. (January 1984). *Employment and earnings.*

Lecturas Recomendadas

Bray, A. (1987). Family adaptation to chronic illness. In *Rehabilitation psychology desk reference.* Edited by B. Caplan. Rockville, MD: Aspen Publication, 171-184.

Brody, E. (1985). Parent-care as a normative family stress. *The Gerontologist* 25, 19-29.

Brody, E. & Schoonover, C. (1986). Patterns of parent-care when adult daughters work and when they do not. *The Gerontologist* 26 (4), 372-381.

Federal Council on the Aging. (May 2, 1984). The working person as caregiver: A symposium on increasing support services for the frail elderly.

Guthrie, D. (1983). *Grandpa does not know it's me.* New York: Human Sciences Press.

Heston, L. & White, J. (1983). *Dementia: A practical guide to Alzheimer's disease and related illnesses.* New York: Freeman & Co.

Mace, N. & Rabins, P. (1981). *The 36-hour day: A family guide to caring for persons with Alzheimer's disease, related dementia illnesses and memory loss in later life.* Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

Neugarten, B. (1968). *Middle-age and aging.* Chicago: University of Chicago Press.

New York Business Group on Health, Inc. (1986). *Employer support for employee caregivers.* New York: NYBGH.

Rosenthal, C.J. & Marshall, V.W. (1983). *The head of the family: Authority and responsibility in the lineage. Unpublished paper.* University of Toronto.

Sommers, T. & Shields, L. (1987). *Women take care.* Washington, DC: Older Women's League.

Stoller, E.P. (November, 1983). Parental caregiving by adult children. *Journal of Marriage and the Family,* 851-857.

Torrens, P. (1987). The continuing of care: The patient and family's view. *In Managing the continuum of care.* Edited by C. Evashick. Rockville, MD: Aspen Publishers, 295-310.

Sesión 2

Problemas Médicos del Envejecimiento

El envejecimiento no es ni una dolencia ni una enfermedad y el llegar a viejo no significa que uno esté enfermo o senil, pero según envejecemos, vamos cambiando, y a veces, este cambio es un proceso lento de disminución de las funciones vitales.

Muchas veces, los ancianos mismos y sus seres queridos piensan que sus dolores y achaques, al igual que otros problemas médicos más serios, son parte del envejecimiento. Al igual que personas de otras edades, si la persona anciana tiene un problema de salud debe recibir atención médica. La pronta atención médica del anciano enfermo puede evitar problemas serios en el futuro.

Muchos de los llamados cambios corporales debido a la edad son afectados por factores en el estilo de vida, tales como la dieta y el fumar y por factores ambientales tales como: la contaminación y la exposición a agentes químicos. No hay dos individuos que envejezcan del mismo modo; ni todos los ancianos sufren problemas de salud similares. Los estudios de investigación han demostrado que los adultos ancianos difieren grandemente en cuanto a su estado de salud y los problemas que sufren. Sobre todo, es importante recordar que los ancianos pueden hacer algo por su salud en la etapa tardía de sus vidas. Por ejemplo, un pequeño cambio en el estilo de vida, tal como ejercitarse más o dejar de fumar, puede resultar en un cambio significativo en el estado de salud.

Problemas Especiales de los Ancianos.

La persona anciana puede tener problemas especiales que requieren atención igualmente especial para poderles diagnosticar y ayudar. Hay muchos cambios psicológicos subyacentes. Estos cambios aunque son normales pueden alterar la forma en que el anciano responde a la enfermedad y hace frente a los problemas físicos. La comprensión es importante pero, sorprendentemente, las escuelas de medicina sólo recientemente han empezado a educar a sus estudiantes acerca del envejecimiento normal.

La enfermedad física entre los ancianos puede ser más difícil de detectar. Las señales y síntomas pueden estar reducidos, ausentes o hacer su aparición tardiamente o no ser característicos de la misma enfermedad en una persona más joven. Por ejemplo, puede que un anciano víctima de un ataque al corazón no sienta dolor en el pecho debido a cambios en los nervios relacionados con la edad. Es posible que una persona anciana que presenta una infección severa no pueda producir los glóbulos blancos para combatir la infección y ni siquiera producir fiebre.

La enfermedad física puede presentarse como un cambio mental. El mismo anciano con el ataque al corazón sin dolor puede presentar síntomas de confusión solamente debido a un flujo sanguíneo insuficiente al cerebro. Puede que un paciente con pulmonía sea considerado senil ya que la falta de oxígeno retarda el funcionamiento del cerebro. Se necesita una mente aguda para que al notar cambios en la forma en que el anciano piensa, se le ocurra pensar en una condición física como la causante. Muy a menudo, las personas que presentan problemas en la forma de pensar son llamadas seniles y se les ignora o se les lleva a una institución. Las enfermedades subyacentes, a menudo capaces de ser tratadas, ni siquiera son identificadas.

Los medicamentos pueden actuar de forma diferente sobre los ancianos, o pueden interactuar frecuentemente llegando a ser más difíciles de controlar. Ya que los ancianos tienden a sufrir de muchos problemas médicos, a menudo toman muchos medicamentos lo cual aumenta el riesgo de la toxicidad por drogas y de la interacción de un medicamento con otro. Además, muchos pacientes ancianos toman medicamentos para problemas que ellos y sus médicos ya olvidaron o han sido resueltos tiempo atrás. Además, los ancianos pueden estar tomando medicamentos no recetados por su médico.

Debido a los cambios del envejecimiento, el cuerpo y el cerebro del anciano manejan los medicamentos de forma diferente. El buen profesional médico está al tanto de esto y ajusta la dosis apropiadamente para la edad y el funcionamiento de los riñones, hígado y cerebro del paciente. La dosis y el uso de los medicamentos debe observarse regular y cuidadosamente.

Los ancianos presentan problemas médicos múltiples. A medida que envejecemos, podemos desarrollar nuevos y complicados problemas de salud. El personal médico que trata a los ancianos debe recordar estos múltiples problemas y tratarlos cuidadosamente sin comprometer la totalidad del paciente. Esto es complicado ya que el tratamiento de un problema puede perjudicar a otro.

Además de ser múltiples, los problemas de salud del anciano son a menudo crónicos. Esto impone una carga enorme sobre el anciano en cuanto a su salud física, satisfacción en su vida y lo económico. En este país alrededor de la mitad de los gastos médicos se emplean en problemas crónicos, y la mayor parte es sufragada por los ancianos, aunque estos constituyen solamente de 10 a 15% de la población. De hecho, los ancianos visitan a su médico unas seis veces por cada cinco visitas que hacen las personas de la población general. Los ancianos tienen una estadía más larga en el hospital, usan el doble de los medicamentos y se hospitalizan dos veces más frecuentemente que personas jóvenes.

Obviamente, los problemas médicos de los ancianos son especiales y a menudo complejos. Aunque el envejecimiento por sí mismo no es una enfermedad, el personal médico que trata a los ancianos debe tener conocimiento de este proceso normal y de los problemas especiales que acompañan al envejecimiento.

Una buena regla a seguir es encontrar un médico interesado en el cuidado de la salud de los pacientes ancianos. Muchos médicos no están interesados o no conocen todo lo que el cuidado de salud de los ancianos comprende. Puede ser que tengan intereses diferentes y usted se hace un favor a sí mismo y a ellos si busca otra persona competente que entienda los problemas especiales del envejecimiento y que tenga la paciencia para tratar los problemas complicados, múltiples y crónicos. Hay muchas personas que sienten que el trabajar con ancianos les recompensa y además, aquellos que tienen interés generalmente ofrecerán la mejor atención.

Enfermedades Médicas Crónicas.

Las enfermedades que afectan a los ancianos pueden llenar libros de texto y generalmente no son diferentes de aquellas que afectan a personas de otras edades. A medida que las personas envejecen, las condiciones agudas se tornan menos frecuentes y las crónicas predominan. La investigación ha demostrado que cuatro de cada cinco personas de 65 años de edad o más sufre de al menos una condición crónica; y las condiciones múltiples son comunes.

A continuación se describen varias enfermedades. La descripción puede incluir las causas, síntomas, medicamentos y otras formas de ayuda. **¡Nota!** Estas son sólo descripciones. Solamente el médico debe diagnosticar la condición y prescribir el tratamiento, incluyendo la medicación. Las personas que cuidan a los ancianos deben, no obstante, mantenerse alertas a los síntomas y comportamiento y comunicar sus observaciones al personal médico. Aunque ninguna de las siguientes enfermedades afecta exclusivamente durante la ancianidad, cada una es más común entre los ancianos.

Hipertensión: Presión sanguínea alta (sobre 140/90) El número superior indica la presión sistólica que corresponde a la contracción del corazón, significa la presión mayor de la sangre (intermitente) en contra de la pared del vaso sanguíneo. El número inferior indica la presión diastólica, que corresponde al reposo del corazón, significa la presión menor de la sangre (constante) en contra de la pared de la arteria.

Incidencia: 5-15% de la población.

Comienzo: Durante los primeros años de la década de los treinta pero ya que no

presenta síntomas, usualmente no se trata sino hasta 20 años más tarde. Otra forma (más leve) puede surgir en personas de edad media y mayores. La hipertensión que no se trata puede resultar en arteriosclerosis. Esto conduce hacia los ataques cerebrovasculares, ataques cardíacos, falla congestiva del corazón, y falla renal (de los riñones).

Tratamiento: Medicamentos, dieta (baja en sal).

Falla Congestiva del Corazón: El corazón no puede enviar la cantidad adecuada de sangre al cuerpo.

Síntomas: Congestión de líquido en las piernas. Edema (hinchazón) de los pies y piernas. Congestión de líquido en los pulmones. Corto de respiración.

Medicamento: (1)Digitalis - Fortalece el latido del corazón y lo hace más lento. Tome el pulso antes de dar el medicamento y si es menos de 60 latidos por minuto, consulte al médico. (2) Diuréticos- "pastillas de agua". Disminuyen el volumen sanguíneo. Se dan temprano en el día. Si la persona no está tomando potasio, ofrézcale diariamente alimentos que proveen potasio tales como jugo de naranja (china), plátanos (guineo) y peras.

Dieta: Baja en sodio (sal).

Angina: Períodos cortos de dolor en el pecho debido al flujo insuficiente de sangre al músculo del corazón.

Causa: Usualmente se debe al endurecimiento de las arterias del corazón con alguna obstrucción en un vaso sanguíneo mayor del corazón (arteriosclerosis).

Síntomas: Dolor del pecho de leve a severo que puede extenderse al cuello o a los hombros y que usualmente dura menos de 3 minutos. (Si dura más de media hora, debe sospechar un ataque al corazón). Puede ser precipitado por el ejercicio, frío, ingerir una cena grande o la excitación.

Tratamiento: (1)Nitroglicerina-una pequeña pastilla que se coloca bajo la lengua para que se disuelva, o un parcho adhesivo que dispensa el medicamento poco a poco. Debe usarse como prevención en situaciones que se sabe producen tensión. (2)Otros medicamentos que reducen la frecuencia de los ataques - Cardilate, Peritrate, Isoddil e Inderal. (3)Bajar de peso. Dejar de fumar. Reducir las situaciones que producen tensión.

Artritis: (Osteoartritis): Noventa y siete porciento (97%) de todas las personas mayores de 60 años tienen algún grado de osteoartritis.

Causa: (1)Uso y desgaste. El tejido elástico (cartílago) se torna blando y se desgasta, a veces dejando al hueso expuesto. (2) Herencia.

Síntomas: Dolor y rigidez localizada en las articulaciones (principalmente en la manaña). Agrandamiento de las articulaciones. Las articulaciones que se afectan con más frecuencia son las caderas, rodillas, vértebras, dedos y dedo grande del pie.

Tratamiento: (1)Aspirina. Se administran dosis grandes con precaución (los sonidos en los oídos y náusea indican que se ha dado una dosis excesiva) (2)Ejercicio y descanso-logrando un balance para mantener las articulaciones flexibles. (3) Aplique calor para aliviar el dolor. Los ataques ocurren durante períodos de tensión.

Otras Ayudas: Cierres con velcro o cierres de cremallera (zippers) o botones grandes. Asiento elevado en el inodoro, banqueta y barras para sostenerse en la bañera.

Diabetes: Enfermedad que hace que el cuerpo no pueda usar los azúcares y almidones normalmente. El resultado es que la glucosa se acumula en la sangre y aparece en la orina.

Tipos: (1) Juvenil. (2) Comienza en la edad adulta-sobre los 40, con un inicio lento, inconspicuo. . . Usualmente hay alguna producción de insulina. (3) Hereditaria.

Síntomas: Picor, heridas que tardan en sanar, visión nublada, pérdida de peso y puede que en casos leves no haya ninguno. Aumento en la sed. Las tensiones tales como infecciones o cirugía pueden causar exacerbación.

Tratamiento: (1) control de azúcares y almidones por medio de dieta. (2) Control del peso. (3) Insulina, hipoglicémicos por vía oral (Orinase, Diabenese, DBT, Tolinase). (4) Buen cuidado de la piel (especialmente los pies). (5)Cuidado médico continuo por vida.

Complicaciones: Neuropatología diabética. Arteriosclerosis, problemas visuales, problemas circulatorios, enfermedad cardíaca, adormecimiento de los pies y manos. (Estos ocurren aunque la diabetes esté controlada, pero ocurren con mayor frecuencia si el control es inadecuado).

Pruebas de Laboratorio: (1)Prueba de sangre para determinar el nivel de azúcar en la sangre en ayunas; tolerancia de glucosa; dos horas después de comer. (2)orina-"Testape, Clinitast".

Infecciones: (Los diabéticos son más susceptibles). Las infecciones son más severas y difíciles de tratar. El control de la diabetes es temporero y es más difícil si la persona sufre de una infección. Las infecciones deben tratarse inmediatamente.

Para un buen control: (1) Vea a su médico regularmente. (2)Siga la dieta. (3)Haga la prueba de orina diariamente. (4)Cuide bien de los pies. (5)Tome sus medicinas regularmente. (6)Lleve consigo identificación como diabético. (7)Descanse y haga ejercicios apropiadamente.

Ataque Cerebral: Ocurre cuando el flujo de sangre a una parte del tejido cerebral es interrumpido o reducido.

Causa: Coágulo, hemorragia, compresión, insuficiencia vascular.

Rehabilitación: Mantener una postura adecuada para evitar defor-midades. Ejercicios a través del arco de movimiento de las articulaciones para evitar rigidez en las mismas. Estimular el uso de la extremidad afectada para fortalecer los músculos. Evite hacer cosas que estas personas pueden hacer por sí mismas. Déle su apoyo y comprensión a la persona pero sea firme y claro. Puede ser que la persona presente cambios en el estado de ánimo y algún daño cerebral si el ataque fue severo. Puede necesitar de la instalación de barras de mano en el baño, la cama, etc.

Cambios Mentales

Contrario a la opinión popular, los adultos mayores tienen menos impedimentos mentales que los grupos de personas de otras edades. El problema principal de salud mental a una edad avanzada es el resultado de deterioro cognoscitivo.

Los cambios mentales comunes que se encuentran entre los ancianos se conocen como síndromes cerebrales orgánicos o síndromes mentales, y se dividen entre agudos (reversibles) y crónicos (irreversibles) o síndromes cerebrales mixtos.

Los síndromes cerebrales agudos: Se conocen también como delirio y se caracterizan por cambios mentales de origen reciente (horas o días). A menudo son causados por enfermedad física (ej., ataque cardíaco, infecciones, ataques cerebrales, deshidratación) o envenenamiento con drogas. Los síntomas son confusión, desorientación, falta de atención, estupor, agitación, excitación. Estos cambios pueden ser confundidos con el síndrome cerebral crónico (senilidad) sin que se trate de determinar la causa o son ignorados como algo esperado en la persona anciana. Es muy importante recordar que estos síndromes cerebrales agudos pueden responder al tratamiento y ser reversibles. Tratamiento: reconocer y tratar los problemas médicos subyacentes.

Síndrome Cerebral Crónico: Estos son los síndromes mentales que la mayoría de las personas reconocen como senilidad. Se caracterizan por la pérdida generalizada de las funciones intelectuales y la memoria. Su comienzo es lento e incierto, aunque generalmente han ido produciéndose por un período de seis meses o más. Los cambios iniciales son sutiles y graduales; la familia es la primera en observar pequeños cambios en el comportamiento y forma de pensar. La persona anciana tendrá dificultad para pensar en la forma de llevar a cabos proyectos, entender mensajes y tomar decisiones. Inicialmente, el comportamiento social adecuado puede encubrir el deterioro intelectual , pero éste también llega a perderse con el tiempo. La pérdida de la memoria es característica: primero la memoria de acontecimientos recientes (actividades para el día, la fecha, etc.) y luego la memoria para acontecimientos remotos. Eventualmente puede que no lleguen a reconocer a los familiares o amigos íntimos.

Hay cambios en el comportamiento tales como suspicacia, trama de cuentos y contestaciones raras y cambios en el estado de ánimo. Muchos de los ancianos pueden reconocer algunos de estos cambios en sí mismos y sufren de depresión por su deterioro mental. Al pasar el tiempo tienen muy poca o ninguna idea de sus problemas del pensamiento.

Causas: Comúnmente (hasta un 40-75%) hay cambios en el cerebro que pueden ser identificados con el microscopio y reducción en el tejido cerebral, característicos de la enfermedad de Alzheimer o enfermedades parecidas. El resto de los síndromes cerebrales crónicos son causados por demencia arteriosclerótica, ocasionalmente por producción baja de la hormona tiroidea, anemia perniciosa, hidrocefalia, demencia hereditaria, sífilis y otras enfermedades igualmente raras. Aunque un número alto de las demencias debido a la enfermedad de Alzheimer y otras enfermedades parecidas son incurables, entre 15% y 40% de éstas pueden ser tratadas, ya sea curándolas o al menos deteniendo el proceso. Es muy importante descubrir la causa de cualquier cambio mental y tratarlo prontamente si es posible. No es correcto asumir que el deterioro en las funciones mentales es parte del proceso normal de envejecimiento o del endurecimiento de las arterias. Desafortunadamente, las causas que pueden ser tratadas son pocas, pero casi todos los pacientes con síndromes cerebrales crónicos pueden ser ayudados a sacar más provecho de sus vidas.

Modo en que se puede ayudar:

- Acepte a la persona sin reserva o crítica. No familiarice ni le dé un carácter de impersonalidad.
- Estimule. Evite el retraimiento y el sentido de inutilidad. Mantenga el contacto personal, físico.
- Provea orientación a la persona. Recuérdele donde está, quien es usted, etc. Mantenga las actividades diarias organizadas y consistentes.
- Evite la confusión. Esté al tanto de cualquier empeoramiento o de cambios físicos o mentales; busque ayuda apropiada.
- Prevenga las lesiones.

Una buena regla a seguir es encontrar un médico interesado en el cuidado de la salud de los pacientes ancianos. Muchos médicos no están interesados o no conocen todo lo que el cuidado de salud de los ancianos comprende.

- Use servicios de apoyo. Busque ayuda para ellos y para usted mismo. Esté al tanto de la pérdida de la comunicación o del funcionamiento. La pérdida de la visión o audición, la falta de contacto con otras personas, el confinamiento a la cama, etc. pueden empeorar la demencia.
- Obtenga literatura sobre la enfermedad de Alzheimer que se encuentra disponible en la Oficina Para Envejecientes del Estado de New York, su Oficina para Envejecientes local y la Asociación de la Enfermedad de Alzheimer e Incapacidades Relacionadas (Alzheimer's Disease and Related Disabilities Association).

Otros Problemas Psiquiátricos.

No todos los cambios mentales en el anciano se deben a los síndromes cerebrales orgánicos. Las personas ancianas que sufrieron de

enfermedades mentales en su juventud tienen mayor probabilidad de desarrollar los mismos problemas en la edad avanzada. Brevemente, algunas de estas enfermedades psiquiátricas son:

- **Depresiones Reactivas:** están relacionadas con los cambios de vida que producen tensión tales como la pérdida del cónyuge o de un amigo íntimo, la pérdida del funcionamiento, trabajo, vivienda o cualquier otra cosa importante. Dados los cambios en el estado de vida que acompañan al envejecimiento, estas depresiones son comunes y uno debe tratar de identificarlas entre los ancianos.
- **Desórdenes afectivos unipolares/ bipolares** son depresiones y desórdenes mánicos que no ocurren como reacción a los cambios pero que sí están relacionados con anormalidades de la bioquímica del cerebro. Se puede usar drogas que ayudan a corregir estas anormalidades, como parte del tratamiento. Ocurren en grupos de cualquier edad.
- **Esquizofrenia** es una de las más comunes de las enfermedades mentales, que también se encuentra con relativa frecuencia entre los ancianos, especialmente entre aquellos que han estado en una institución por largo tiempo. Hay medicinas que son de gran ayuda en el tratamiento de la esquizofrenia.
- **Abuso del Alcohol:** a menudo no se piensa que sea un problema de los ancianos, pero sin embargo es muy común. La soledad, pobreza y el acceso limitado a las fuentes de ayuda complican este problema.
- **La tasa de suicidio,** aunque extremadamente baja, es más alta entre las personas ancianas que entre grupos de personas de cualquier otra edad.
- **Abuso de drogas o medicinas,** aunque inadvertido, es con frecuencia perjudicial. Casi cualquier síntoma médico puede representar un efecto secundario a una droga o combinación de drogas (medicamento).

Resumen

Los cambios físicos y mentales discutidos aquí pueden hacer parecer la edad avanzada como un tiempo de enfermedad y deterioro mental, pero la intención es informar sobre los problemas especiales que ocurren con el envejecimiento, no debido al mismo. La identificación y tratamiento agresivo de estos problemas pueden ayudar al anciano a vivir una vida tan útil, satisfactoria y saludable como sea posible. Si un mayor número de personas puede reconocer las enfermedades de la edad avanzada, y no la edad avanzada como una enfermedad, quizás estarían menos inclinados a ver el proceso de envejecimiento como algo negativo.

Referencias y Lecturas Sugeridas

Blumenthal, H. (1983). *Handbook of gerontological nursing.* New York: Van Nostrand Reinhold Co.

Dychtward, K. (1986). *Wellness and health promotion for the elderly.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Edinburg, M. (1985). *Mental health practice with the elderly.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Fopma, L.J. (1986). Depression and dementia. *Journal of Psychological Nursing* 24.

Fries, James and Donald M. Vickery (1986) Take Care of Yourself The Consumer's Guide to Medical Care Reading, MA, Addison-Wesley.

Gwynther, L. (1985) *Care of Alzheimer's patients: A manual for nursing home staff.* American Health Plan.

National Center for Health Satisfaction. (1977). Character-istics of nursing home residents, health status, and care received: National nursing home survey. *Vital and health statistics,* Series 13, No. 51.

National Center for Health Statistics. (1984). Reported in U.S. Senate Special Committee on Aging. Development in aging, Vol. 1.

National Center for Health Statistics. (1984). National ambulatory medical care survey. Reported in U.S. Senate Special Committee on Aging. Aging America.

Rowe, J.W. (July, 1987). Human aging: Usual and successful. *Science.* 237, 143-149.

Sturm, A. (1987). Trends and issues in geriatric nursing, law, ethics, and professional practice. *Nursing Yearbook,* Springhouse Corporation.

Sesión 3

Cambios en la Visión, Audición y del Habla Relacionados con la Edad.

Visión

Ya no puedo leer el periódico. Las letras son demasiado pequeñas. Ya no disfruto de la televisión porque no puedo ver bien la imagen. Me es difícil ver a un amigo al otro lado de la habitación y no puedo reconocer a nadie al lado opuesto de la calle.

¿Suena familiar? Estas son quejas que se oyen frecuentemente de ancianos quienes desafortunadamente muchas veces aceptan los problemas de la visión como parte natural del proceso de envejecimiento. El hecho es que la pérdida de la visión puede ser prevenida, reducida a un mínimo, o corregida con el cuidado apropiado de la salud y exámenes regulares de la vista.

Cambios Normales en la Visión Relacionados con la Edad.

Cuando las personas avanzan en edad, es inevitable que sufran cambios en la visión. Estos cambios típicamente envuelven el ojo mismo, el músculo que lo rodea y el sistema nervioso central. La lente del ojo (normalmente clara y lisa en la gente joven) se vuelve cada vez más opaca y rígida, y los músculos que rodean al ojo se debilitan.

Cambios normales en la visión asociados con el envejecimiento incluyen:

- la reducción de la agudeza visual;
- la disminución de la habilidad para acomodar o enfocar objetos;
- la disminución de la visión de colores;
- necesidad de aumentar la iluminación.

La agudeza visual es una medida de la claridad con que se pueden ver los objetos. La agudeza visual normal es 20/20. Esto significa que una persona que está parada a 20 pies de una tarjeta para medir la visión puede ver correctamente una letra de tres cuartos de una pulgada de alto. Ya que la agudeza visual usualmente disminuye con la edad, se ve a menudo que la agudeza de una persona anciana es de 20/100. Esta persona tiene que estar a 20 pies de un objeto, que una persona con agudeza visual normal puede ver a una distancia de 100 pies. Si no existe alguna enfermedad que afecte al ojo, la agudeza visual casi siempre puede ser corregida a normal o casi normal con espejuelos o lentes de contacto.

Acomodación quiere decir que el ojo tiene la habilidad de enfocar claramente objetos que se encuentran a diferentes distancias. A medida que avanzamos en edad, los músculos oculares se vuelven más flácidos, lo cual hace más difícil al ojo cambiar su foco de objetos que están cerca a los que están lejos. Usualmente se puede corregir este problema con espejuelos bifocales, y a veces trifocales, para leer.

La visión de colores también puede disminuir cuando la lente del ojo se vuelve opaca. Esta disminución es más obvia cuando una persona trata de distinguir colores que son muy similares, especialmente en las familias de colores azul y verde. La mayoría de las personas puede diferenciar entre colores sin problemas. Sin embargo, algunas personas pueden tener dificultad con la percepción de profundidad si por ejemplo las escaleras, paredes y descansos tienen el mismo color. Para evitar este tipo de problemas, use colores que hagan contraste en el ambiente de manera que todos los objetos, entradas, interruptores eléctricos, etc., se puedan ver claramente.

Cuando la Visión Falla.

Cuando los espejuelos o lentes de contacto corrientes no pueden corregir la visión de

una persona anciana, por lo general se sospecha de una enfermedad que afecta al ojo como: cataratas, glaucoma, degeneración de la mácula y la enfermedad de la mácula debido a la diabetes. Cada una de estas enfermedades afectan la visión de un modo distinto y cada una, si no se trata, causa una pérdida seria de la visión.

Las cataratas son comunes entre los ancianos y ocurren cuando la lente clara del ojo pierde la transparencia y la luz no puede pasar.

Efecto Sobre la Visión: Las cataratas difieren en tamaño, espesor y su efecto sobre la visión. Algunas personas experimentan solamente una incapacidad leve, mientras que otras tienen una pérdida marcada de la visión. Si uno tiene cataratas, la visión global tiende a ser nublada como si uno estuviese mirando a través de un parabrisa sucio. La luz fuerte y brillante y la luz del sol pueden también causar mucho problema. Las personas que tienen cataratas tienen a menudo dificultades para leer porque las letras se ven borrosas y sin contraste. Puede ser que los colores se vean marchitos.

Efecto Sobre la Conducta: Cuando las cataratas impiden seriamente la visión global, es posible que a una persona no le guste salir del ambiente que le es familiar. Conducir un auto y caminar afuera pueden llegar a ser difícil. Esto a la vez puede causar mayor aislamiento. La dificultad para distinguir entre colores parecidos puede causar que los quehaceres de la casa relativamente sencillos lleguen a ser difíciles. La dificultad para leer debido a las cataratas afecta muchas de las actividades diarias.

Tratamiento: La cirugía para remover la lente del ojo es el tratamiento más efectivo para las cataratas y se dice que tiene éxito en 95% de los casos. En la mayor parte de los casos, el oftalmólogo recomienda implantar una lente para lograr que el ojo pueda enfocar. A continuación siguen unas sugerencias para aquellas personas cuyas cataratas no pueden ser removidas o cuya visión ya estaba empeorada antes de la cirugía.

Sugerencias Prácticas:

- **Aumente el uso de colores contrastantes en una habitación.**
- **Reduzca el resplandor causado por la luz del sol y la luz dentro de la casa que se refleja en superficies que brillan.**
- **Considere el uso de lentes especiales que obstruyen la luz ultra-violeta y hacen mucho más fácil el viajar.**
- **Use un sombrero con ala ancha que previene el resplandor de la luz del sol.**

Glaucoma es una enfermedad donde se acumula mucho líquido en el ojo debido a que no hay suficiente drenaje. El exceso del fluido aumenta la presión en el ojo, lo cual eventualmente causa daño al nervio óptico. La glaucoma ocurre con major frecuencia en personas mayores de 40 años. Es una enfermedad insidiosa que no tiene síntomas y su efecto usualmente no se ve hasta que el nervio óptico ha sido dañado y la visión se ha perdido irrevocablemente.

Efecto Sobre la Visión: La visión levemente borrosa puede ser una señal de glaucoma. Pérdida de la visión periférica (lado) también es una característica de glaucoma. Algunas personas experimentan sensibilidad al resplandor, se ajustan lentamente a cambios de luz a oscuridad y al revés, y pueden tener dificultad para ver cuando la iluminación es pobre.

Efecto Sobre la Conducta: Las personas cuya visión periférica está reducida tienen problema para moverse. Por ejemplo se ve a menudo que tropiezan con los objetos. Cuando viajan, les puede ser difícil ver como se mueven la gente, los autos y otras cosas, y por lo tanto no les gusta viajar a solas. La gente que tiene un estado avanzado de glaucoma también puede tener problema para leer porque las letras se perciben como descoloridas y borrosas.

Prevención/Tratamiento: La pérdida de la visión causada por glaucoma puede ser prevenida si se descubre y trata la enfermedad en una etapa temprana. Ya que rara vez hay síntomas, la glaucoma puede ser detectada mejor durante un examen regular de la vista. Si hay glaucoma, un tratamiento con gotas

para los ojos, pastillas, rayos laser o a veces cirugía es recomendado. La glaucoma no puede ser curada, pero la pérdida de visión puede ser reducida al mínimo o prevenida con un tratamiento apropiado.

Sugerencias Prácticas:

- **Coloque las cosas que se usan en el hogar en sitios fijos. A una persona con pérdida de la visión periférica le es difícil localizar cosas que no están en su sitio o puede tropezar con objetos que se encuentran fuera de sitio.**
- **Si es necesario, enseñe técnicas de exploración del ambiente para recobrar cosas que están perdidas.**
- **En áreas de trabajo, mantenga todos los objetos y materiales en un espacio limitado.**

La degeneración de la mácula es la causa principal de la pérdida de la visión entre los ancianos. La mácula es una zona pequeña en el centro de la retina que nos capacita para leer y ver detalles pequeños y finos. La degeneración de la mácula es una condición donde la mácula se deteriora y pierde la habilidad para funcionar eficientemente.

Efecto Sobre la Visión: La degeneración de la mácula impide la visión central, pero no afecta la visión periférica. Sus señales tempranas incluyen: ver el material de lectura como empañado, distorción de la visión central o ver un punto oscuro en el centro del campo visual. La degeneración de la mácula no causa la pérdida total de la visión.

Efecto Sobre la Conducta: Las personas que tienen degeneración de la mácula pueden ser incapaces de ver y reconocer caras y de llevar a cabo trabajos que tienen pequeños detalles, como leer y coser. A veces, ellos llegan a estar deprimidos cuando sienten que ya no pueden hacer algunas de las cosas que les gustaba hacer. Raras veces una persona con degeneración de la mácula experimenta problemas de movilidad, pero la visión de colores puede estar afectada.

Tratamiento: No hay curación para esta enfermedad. Sin embargo, se han desarrollado técnicas nuevas para detectar y tratarla en su etapa más temprana. Se debe consultar a un oftalmólogo en cuanto a los últimos avances en este campo.

Sugerencias Prácticas:

- **Aumento es el método más significativo para mejorar la habilidad de funcionar. Esto se puede lograr con aparatos ópticos que requieren la evaluación y prescripción por un especialista en visión pobre. También se pueden usar otras ayudas como son el material escrito con letras grandes.**

La enfermedad de la mácula debido a la diabetes es una complicación de esta enfermedad. Los vasos capilares que nutren la retina pueden debilitarse y derramar sangre en el fluido claro del ojo. La retina también puede dañarse. No todos los diabéticos desarrollan esta enfermedad, pero la mayoría de las personas que han tenido diabetes por más de 15 años tiene algún daño de los vasos sanguíneos de sus ojos.

Efecto Sobre la Visión: La enfermedad de la mácula debido a la diabetes afecta generalmente la visión central, pero el grado y el tipo de la pérdida de visión difieren de acuerdo a la severidad del daño de los vasos sanguíneos. La visión cercana también puede estar afectada y las letras a menudo aparecen distorcionadas o borrosas.

Efecto Sobre la Conducta: Si la pérdida de la visión central es seria, los cambios en la conducta son similares a los que ocurren en la degeneración de la mácula. Frecuentemente, las personas que tienen complicaciones visuales causadas por la diabetes experimentan diariamente cambios en su habilidad visual. Algunos días pueden ver mejor que otros días. Naturalmente esto aumenta el nivel general de ansiedad.

Tratamiento: Los diabéticos deben dar atención especial a sus ojos. Si la enfermedad de la mácula debido a la diabetes es diagnosticada a tiempo, por lo general se puede evitar que la persona llegue a perder la vista. Los tratamientos con rayos laser pueden cerrar de forma eficiente los vasos sanguíneos anormales y de este modo se reduce la

pérdida de la visión. El control apropiado de los niveles de azúcar en la sangre puede ayudar considerablemente a reducir las complicaciones visuales. El examen regular de la vista por un oftalmólogo es la única forma para reducir al mínimo el riesgo de pérdida severa de la visión debido a la diabetes.

Sugerencias Prácticas:

- **Tenga exámenes regulares de la vista.**
- **Si hay cierta pérdida de la visión central, siga las sugerencias mencionadas para la degeneración de la mácula.**

La Visión Pobre cuando los espejuelos, los lentes de contacto, el tratamiento médico y la cirugía no pueden corregir la capacidad visual de una persona, se dice que esta persona tiene visión pobre. Las personas con visión pobre no están ciegos, pero no pueden ver dentro de los límites de la visión normal. Entre las personas ancianas, la visión pobre por lo general es el resultado de una de las condiciones de la vista que ya hemos mencionado. Las personas que tienen este problema han de ser examinadas por un oftalmólogo o un optómetra que ha tenido adiestramiento especial para evaluar y dar prescripciones a personas con visión pobre. Estos profesionales pueden sugerir instrumentos ópticos para la visión pobre que aumentan la imagen o ayudan a dirigir la imagen a una parte sana de la retina. Los instrumentos ópticos para la visión pobre ayudan a la gente a usar la visión que le queda de modo más eficiente posible.

El aumento hace ver los objetos distantes más claros o más grandes. Los espejuelos de mucho aumento, lupas de mano o que se pueden poner sobre la página, o lentes telescópicos pueden ser recomendados. Los instrumentos para la visión pobre no pueden devolver la visión normal y a veces molestan un poco al usarlos. Pero muchas veces estos lentes son la única forma en que un anciano con pérdida de la visión puede leer la etiqueta en un frasco de pastillas o una carta que le escribió un amigo. Un buen examen de la visión pobre incluye siempre la instrucción a la persona sobre como usar estos instrumentos de modo eficiente.

Se considera legalmente ciega a la persona que con los mejores lentes de corrección no puede ver a una distancia de 20 pies lo que alguien con visión normal puede ver a una distancia de 200 pies. La mayor parte de los estados al igual que el gobierno federal usan esta definición para determinar la elegibilidad para la exención de los impuestos sobre el ingreso y para los servicios de educación especial y rehabilitación. Aunque la agudeza visual de 20/200 se considera como ceguera legal, no significa de por sí que una persona funciona pobremente. La mayoría de las personas que están legalmente ciegas funcionan muy bien.

Mejorar el Ambiente

El ambiente físico en que las personas ancianas viven puede influir de forma significativa, tanto positivamente como negativamente, la habilidad para mantener su independencia y gozar de una vida de alta calidad. Hay que crear un ambiente que ayude a los ancianos a usar su visión de la mejor forma posible. Hay tres aspectos que debemos considerar: la iluminación, el resplandor y el contraste de los colores.

La Iluminación: Si hay luz apropiada en cada habitación de la casa, las actividades son más fáciles y seguras. Es bueno tener bombillas o lámparas en distintos sitios en la habitación para proveer iluminación adecuada en general y a la vez es recomendado tener fuentes específicas de luz directa cerca de sillas y mesas. Cuando la persona lee, trate de asegurar que la luz está dirigida hacia el texto. Hay que alumbrar entradas, salidas y escaleras.

El Resplandor: Reducir el resplandor dentro de la casa es beneficioso para todos los ancianos, especialmente los que tienen cataratas. El resplandor puede impedir la visión y puede llevar a caídas innecesarias. Especialmente las superficies que reflejan la luz, como manteles plásticos brillosos y pisos muy encerados de vinilo y linóleo, causan problemas a personas ancianas. El resplandor se puede reducir y a veces eliminar usando

cera que no brilla y cubriendo las superficies lisas con manteles y mantelitos individuales que tienen un acabado mate. Las ventanas deben tener persianas o cortinas que se puedan cerrar para proteger la habitación del resplandor de la luz del sol.

El Contraste de Colores: Usar colores para crear un contraste en el ambiente de la casa es un paso importante para ayudar a las personas que tienen impedimentos visuales a mejorar su funcionamiento en la vida diaria. Colores o tintes que están estrechamente relacionados pueden fundirse, lo cual le hace imposible a una persona con impedimento visual percibir las diferencias. Por ejemplo, si se pone un plato blanco sobre un mantel blanco, y el plato tiene arroz, coliflor y pescado, una persona con visión pobre puede ser incapaz de distinguir cosa alguna en la mesa o en el plato. Sería mejor usar un mantel oscuro con un plato blanco y servir habichuelas en vez de coliflor. Igualmente, si las alfombras y los muebles pertenecen todos a la misma familia de colores, es difícil distinguir de entre ellos. Trate de usar colores contrastantes donde sea posible para diferenciar objetos, perillas de puerta, interruptores eléctricos, etc.

Cuando se Necesita Más Ayuda

Cuando la pérdida de la visión es severa, existen otros productos y servicios especiales para ayudar a la gente a mantener su independencia en la casa y en la comunidad. Hay varios productos comerciales que pueden ayudar a las personas ancianas con pérdida severa de la visión. Hay por ejemplo relojes y discos de teléfono con números grandes; cosas que ayudan en la costura, aparatos para marcar en colores llamativos; aparatos para vaciar; y relojes, balanzas, termómetros y calculadoras que "hablan". Para las actividades de entretenimiento existen naipes con letras grandes, y juegos como juego de damas, bingo y escarabajeo (scrabble) que se han adaptado para personas con pérdida de la visión.

La Biblioteca del Congreso presta grabadoras especiales y libros grabados en cinta para los que tienen impedimentos visuales. Para más detalles uno puede comunicarse con cualquier biblioteca local. Muchas ciudades ofrecen programas especiales de radio para las personas con impedimentos visuales.

Los ancianos con pérdida de la visión pueden necesitar servicios especiales, como la instrucción de la movilidad para viajar independientemente en la comunidad o la instrucción de rehabilitación en las técnicas del diario vivir y el manejo del hogar. Los instructores profesionales pueden evaluar la habilidad de funcionamiento que la persona tiene, recomendar productos útiles y, cuando sea necesario, enseñar a las personas con impedimentos visuales serios a compensar por la pérdida de la visión. Para más información, comuníquese con su agencia local para los que tienen impedimentos visuales o una de las agencias en la lista que sigue.

Ayudas y Materiales para Leer:

National Library Service for the Blind and Physically Handicapped
1291 Taylor Street
Washington, D.C. 20504
(202 287-5100)

The New York Times/Large Print Weekly
P.O. Box 2570
Boulder, CO 80302
1-800-631-2500

Readers Digest/Large Type Edition
P.O. Box 241
Mount Morris, IL 61054

National Association for Visually Handicapped, Inc.
304 East 24th Street
New York, NY 10010
(212) 889-3141

Choice Magazine Listening
Box 10
Port Washington, NY 11050
(516) 883-8280

Productos para Personas con Problemas de la Visión:

American Foundation for the Blind
15 West 16 Street
New York, NY 10011
(212) 620-2000

Catálogos de Productos para los Consumidores:

Independent Living Aids
11 Commercial Court
Plainview, NY 11802
(516) 681-8288

Organizaciones Clínicas para el Cuidado de Ojos/Visión:

American Academy of Ophthalmology
655 Beach Street
P.O. Box 7424
San Francisco, CA 94120
(415) 921-4700

National Eye Care Project Hotline
1-800-222-EYES

American Optometric Association
243 North Lindbergh Boulevard
St. Louis, MO 63141
(314) 991-4100

Servicios de Información y Referido:

The Lighthouse

National Center for Vision and Aging
111 East 59th Street
New York, NY 10022
(212) 355-2200 (NYC)
1-800-334-5497

Audición y el Habla

Se calcula que 24 millones de personas en los Estados Unidos - la mayoría de ellos ancianos - sufren de algún tipo de impedimento del habla, lenguaje o audición.

El envejecimiento como tal es la mayor causa de desórdenes en la audición; sin embargo, los desórdenes del habla y lenguaje vienen por lo general de las enfermedades neurológicas adquiridas o de cáncer de la cabeza o del cuello y no están afectadas de modo significativo por el proceso normal del envejecimiento.

Esta sección describe varios desórdenes de la audición y el habla y presenta unas ideas prácticas sobre como se puede mejorar la comunicación con los ancianos impedidos.

Problemas de Audición y el Habla que están Relacionados con el Envejecimiento.

La presbiacusia es un desorden permanente, irrevocable de la comunicación que se caracteriza por un deterioro progresivo de la audición. Esta condición es causada por cambios físicos en el interior del oído y por la degeneración de las estructuras internas.

La presbiacusia es producto del envejecimiento. El treinta por ciento (30%) de la población entre las edades de 65 y 74, y 50% de los mayores de 75 años experimentan una pérdida significativa de la audición.

Síntomas: La presbiacusia se detecta fácilmente, pero a menudo no recibe tratamiento. Los ancianos pueden estar conscientes de su desorden de audición y pueden acusar a la gente por no hablar claramente. Los síntomas incluyen: la dificultad de distinguir palabras que suenan de forma similar; incapacidad para oír sonidos de tonos altos como por ejemplo la voz de un niño pequeño; la dificultad de entender cuando alguien le habla por teléfono; los problemas de seguir la conversación en las situaciones de grupo; decir frecuentemente "¿qué?", y subir el volumen de la televisión.

Los Efectos sobre la Conducta: La presbiacusia ocasiona una pérdida de la audición que impide entender el habla. La pérdida de la audición puede causar cambios en la conducta como el retraimiento, la frustración, el enojo y la vergüenza. Es un error creer que el hecho que los ancianos tienen impedimentos en la audición significa siempre que están confundidos, paranoicos, seniles, que no cooperan o que no tienen interés. Para evitar la vergüenza y la frustración de pedir a la gente que repitan lo que dijeron, las personas afectadas tienen la tendencia a apartarse socialmente y a deprimirse porque no pueden relacionarse con los demás.

El Tratamiento y la Rehabilitación: Si hay cambios súbitos en la audición, se debe consultar inmediatamente al médico de la familia. Los casos más complicados pueden necesitar el peritaje de un otorrinolaringólogo, un médico que se especializa en el tratamiento de las enfermedades del oído, de la nariz y la garganta. Algunos médicos pueden referir sus pacientes a un audiólogo, un profesional que se especializa en el diagnóstico y el tratamiento de los desórdenes de la comunicación asociados con la pérdida de la audición. Para evaluar la audición, el audiólogo administra una prueba de audición sin dolor con un audiómetro, un instrumento que produce sonidos que difieren en intensidad y tono. El audiólogo administra una batería de pruebas audiológicas con el fin de determinar la naturaleza y el grado del problema auditivo y su efecto sobre la comunicación.

Si es necesario, el audiólogo desarrolla un plan de rehabilitación audiológica que puede incluir el uso de un audífono (hearing aid); el uso de varios aparatos que ayudan a escuchar; aconsejar al paciente y la familia en cuanto al desorden de la comunicación; y/o un programa para leer el habla (la interpretación del movimiento de los labios) y el entrenamiento auditivo para reducir las consecuencias incapacitantes del impedimento de la audición.

Los Audífonos (hearing aids)

Hoy en día hay muchos estilos y modelos de audífonos que pueden ayudar a uno a compensar por los problemas de la audición. Mientras que los audífonos pueden ayudar a muchos ancianos, para algunos el beneficio no es significativo. Es importante que un audiólogo evalúe cuidadosamente el potencial de la persona para usar este aparato. El volumen aumentado de un audífono inapropiado tiende a hacer los sonidos más fuertes, pero a la misma vez más distorcionados y por lo tanto más difíciles de interpretar. El consumidor con impedimento de audición debe entender que un audífono no devuelve la audición normal, sino más bien compensa por la misma.

El audiólogo puede proporcionar el audífono o referir la persona a un negocio que venda estos aparatos para ordenar y ajustar uno de acuerdo a la receta. Los que ofrecen cuidado deben asistir a las sesiones de adiestramiento que el audiólogo tenga con el anciano para comprender mejor el uso, el cuidado y las limitaciones del audífono. El audiólogo también enfatizará los métodos que se pueden usar para cambiar el estilo de comunicación y para promover el ajuste exitoso al uso del audífono.

El Adiestramiento Especial para Leer y Escuchar

Las personas ya sea que usen o no un audífono pueden necesitar adiestramiento especializado para leer el habla y entrenamiento auditivo. Leer el habla (que se conoce por lo general como la interpretación del movimiento de los labios) capacita a la persona para recibir sugestiones visuales adicionales de los movimientos de los labios, las expresiones faciales, los gestos, y el lenguage del cuerpo, para ayudar a la comprensión auditiva. Los ejercicios de entrenamiento auditivo mejoran la destreza para escuchar.

Servicios de Consejeros

Los consejos del audiólogo pueden proveer tanto al paciente como al proveedor de cuidado de una mejor comprensión sobre como un impedimento de audición afecta la comunicación. Los proveedores principales de cuidado así como los miembros de la familia deben estar conscientes de los problemas de manera que puedan dar apoyo y ayuda. Sin buenos consejos, es posible que muchos proveedores de cuidado no comprendan la naturaleza del problema de comu-nicación, y puede haber luchas en el hogar sobre cosas fútiles como cuán alto debe estar el volumen de la televisión. Los proveedores de cuidado también tienen que aprender a entender la razón por la cual la persona con pérdida de la audición tiende a apartarse socialmente.

Los Aparatos para Escuchar (listening devices)

Un audiólogo puede recomendar que uno consiga un aparato comercial para escuchar que pueda ayudar a entender el habla en situaciones como las llamadas telefónicas, en un auto, en el teatro, y cuando uno ve televisión o escucha la radio. Los aparatos para escuchar son sistemas de amplificación que mejoran la habilidad para oír al transmitir la señal deseada (el habla, la música, etc.) directamente a los oídos de la persona que escucha, lo cual reduce el ruido de trasfondo.

Sugerencias Prácticas:

- Comuníquese cara a cara de manera que la persona con un impedimento de audición pueda aprovecharse de las sugestiones visuales como son los gestos faciales y corporales.
- Nunca cubra su boca, hable entre dientes o coma mientras habla.
- Consiga que la persona le preste atención antes de usted empezar a hablar. Identifique el tema de su discusión. No cambie ligero de tema.
- Hable de modo natural. Hable un poco más fuerte y un poquito más despacio, pero no empiece a gritar ya que esto distorciona el mensaje.
- Recuerde que la persona con un impedimento de audición por lo general prefiere una conversación con una sola persona o en un grupo pequeño donde no todo el mundo habla a la vez.
- Cuanto más sea posible, reduzca el ruido de transfondo. Apague la televisión o el aparato estereofónico, o vaya a un lugar más tranquilo.
- No haga comentarios como "él puede oír cuando quiere". La habilidad de oír fluctúa mucho y depende de varios factores complicados.
- Nunca hable directamente al oído de la persona. Esto puede distorsionar su habla y esconde todas las sugestiones visuales de las cuales la persona se podría aprovechar.
- Nunca trate de comunicarse a larga distancia como hablar a lo largo de una habitación o desde otra habitación. La mejor distancia es una de tres a seis pies.
- Determine si la persona tiene un oído mejor y colóquese de tal forma que su habla se dirija hacia este oído.
- Si la persona no ha entendido lo que usted dijo, dígalo de nuevo, pero hágalo en oraciones breves y concisas.
- Si es necesario presente pistas escritas. A veces solamente una o dos palabras escritas pueden aclarar un mensaje.
- Evite conversaciones largas y prolongadas.
- No se sorprenda que haya fallas y malentendidos. Trate de no culparse mutuamente por falta de comunicación y trate de compensar de un modo honesto y franco por la pérdida de la audición.
- Si el audífono no está funcionando, refiera la persona al audiólogo y/o a la persona que vende los mismos.
- Estimule a la persona para que visite rutinariamente al audiólogo para una evaluación anual de la audición.
- Investigue si hay un capítulo local de un grupo de Ayuda Mutua para los que Tienen Problemas para Oír. (Self Help for Hard of Hearing) y trate de asistir a las reuniones para obtener apoyo y ánimo.

Aphasia

La Afasia se puede definir como la dificultad de entender y expresar el lenguaje. La causa principal de afasia es el daño cerebral como resultado de un ataque cerebral. Otras causas menos comunes de afasia son las lesiones de la cabeza, las infecciones del cerebro, los tumores en el cerebro y otras enfermedades neurológicas. En el caso de un ataque cerebral, se interrumpe la corriente normal de sangre que lleva oxígeno al cerebro, lo cual daña las células del cerebro que controlan las funciones del habla y lenguaje.

Los Síntomas: La afasia es un desorden del lenguaje que afecta muchas modalidades.

Todos los aspectos del lenguaje, incluyendo el habla, comprensión, lectura, escritura y hasta el hacer gestos, están afectados. Las personas que han recuperado de afasia informan que tenían una sensación de ser empujadas hacia un país extranjero donde no lograban entender lo que otros hablaban ni lograban hacerse entender. Sin embargo, cuando uno tiene afasia el funcionamiento intelectual por lo general no se afecta. A menudo los proveedores de cuidado interpretan mal los síntomas de afasia y tratan a la persona afásica como si fuera un niño. Aunque el lenguaje queda marcadamente impedido, es importante recordar que la persona con afasia retiene intereses al nivel de un adulto.

El Efecto sobre la Conducta: Los adultos con afasia pueden experimentar cambios radicales del ánimo. Pueden frustrarse fácilmente, debido a que no pueden ventilar verbalmente sus sentimientos. Pueden exhibir un fenómeno llamado "inestabilidad emocional" que se expresa al reírse y/o llorar de modo excesivo e inapropiado. Una persona afásica puede mantener la habilidad de producir palabras claramente pronunciadas y usar expresiones comunes como "*hola*", y "*¿cómo estás?*". Estas expresiones son automáticas y representan un nivel muy bajo de lenguaje expresivo. También se ve a menudo que una persona afásica que por lo general es incapaz de expresarse verbalmente, usa palabras profanas con fluidez. Los proveedores de cuidado deben estar conscientes de que el lenguaje profano por lo general no está bajo el control de la persona afásica.

Algunos Tipos Comunes de Afasia y sus Efectos.

La afasia de Broca (Broca's Aphasia) o la afasia sin fluidez (nonfluent) afecta el habla y la escritura. Las personas con la afasia de Broca "*saben lo que quieren decir*" pero son incapaces de encontrar las palabras para expresar sus sentimientos. Su patrón de habla es laborioso y vacilante y consiste de una gramática rudimentaria como por ejemplo "*¿sentar silla?*" en vez de "*¿me puedo sentar en esta silla?*". Las personas que tienen la afasia de Broca pueden pensar, pero son incapaces de organizar los movimientos del habla para expresar estos pensamientos. La comprensión de la palabra hablada está sólo levemente impedida.

La afasia de Wernicke o la afasia con fluidez (Wernicke's aphasia o fluent aphasia) se caracteriza por la dificultad de entender lenguaje hablado y escrito. Las personas que tienen la afasia de Wernicke pueden oír voces y ver las palabras escritas, pero no pueden comprender o interpretar estas palabras. No le cuesta trabajo a la persona producir lenguaje, que usualmente carece de sentido.

La forma más extrema de afasia se conoce como **afasia global.** Las personas con afasia global sufren una pérdida casi completa de la habilidad funcional de usar el habla y el lenguaje. Ellos tienen una dificultad severa para hablar, comprender la palabra hablada, leer y escribir. La afasia global está directamente relacionada con una lesión extensa a las partes del cerebro que controlan el funcionamiento del habla y lenguaje.

El Tratamiento y la Rehabilitación: El patólogo de habla y lenguaje administra un programa de tratamiento y evalúa rigurosamente las fortalezas y debilidades en la comunicación del paciente. Este administra una batería de pruebas para evaluar la habilidad de entender el lenguaje, leer, escribir, hablar y resolver problemas matemáticos básicos.

El curso de la afasia es difícil de predecir. Los factores que tienden a afectar el curso son: la extensión del daño cerebral; el tipo de ataque cerebral que la persona sufrió, la motivación del paciente; el grado de apoyo y cooperación de la familia; y el programa terapéutico. Casi todos los pacientes afásicos se benefician del tratamiento.

Las sesiones de tratamiento son intensivas e individualizadas. No están enfocadas hacia el aprendizaje del lenguaje como en la terapéutica del habla para un niño, sino más bién en la recuperación de las destrezas del lenguaje como hablar, escuchar, leer y escribir. También hay terapéutica de afasia en grupo

en adición a las sesiones individuales. La instrucción en grupo puede ayudar al paciente y a la familia a superar las barreras psicosociales y emocionales que la afasia representa.

Sugerencias Prácticas:

- **Escuche con paciencia. Las personas afásicas necesitan mucho tiempo para comunicarse. No les apresure ni hable por ellos.**
- **Estimule la comunicación no verbal. Algunos pacientes pueden necesitar gestos para expresar sus deseos y necesidades básicas.**
- **Sea alguien que estimula el lenguaje, y no un maestro. Recuerde que la persona afásica no tiene que aprender el lenguaje como un niño.**
- **Trate a la persona afásica con dignidad y respeto, sin ser condescendiente.**
- **Hable un poco más despacio para dar a la persona afásica tiempo suficiente para que entienda lo que uno le dice. Comuníquele una idea a la vez y use un lenguaje sencillo. Sin embargo, mantenga el contenido al nivel de adultos.**
- **Trate de crear oportunidades para que la persona afásica pueda comunicarse y usar las destrezas de lenguaje que está recuperando.**
- **Participe en un grupo para personas que tuvieron un ataque cerebral que se reúna en su vecindad. Comuníquese con el capítulo local de la Asociación Americana del Corazón (American Heart Association) para obtener más información.**

Demencia

La demencia o daño cerebral generalizado puede cambiar las capacidades mentales y la personalidad de una persona, lo cual hace difícil la comunicación. La enfermedad de Alzheimer es la causa más común de la demencia, ya que comprende 70% de todos los casos. La demencia debida a infartos múltiples es responsable por 20% de los casos y las enfermedades de Parkinson, Pick y Huntington y otras condiciones por el 10% de los casos. El patrón de lenguaje confuso que presentan los que padecen demencia es usualmente el resultado de daño a los dos hemisferios (mitades) del cerebro.

Los Síntomas: Las personas que sufren de demencia pueden estar confundidas y desorientadas. No pueden aprender información nueva y tienen la tendencia a sufrir cambios de la personalidad, a tornarse apáticas, y a retraerse socialmente.

El Efecto sobre la Conducta: Los patrones del lenguaje pueden fluctuar desde ser ininteligibles hasta inapropiadamente elocuentes. Las personas afectadas por la confusión tienden a persistir en una idea y pueden repetir la misma frase cada vez de nuevo. Las actividades del diario vivir y las destrezas del cuidado propio como vestirse, comer y asearse pueden estar impedidas. Típicamente la memoria a corto plazo se ve afectada.

El Tratamiento y la Rehabilitación: Consulte con un patólogo del habla y lenguaje. Este le puede sugerir métodos apropiados para facilitar la comunicación con la persona que está confundida.

Sugerencias Prácticas

- **Formule las preguntas de tal forma que puedan ser contestadas simplemente, por ejemplo, con una respuesta de si ó no.**
- **Haga más uso de sugestiones o pistas visuales, como señales y gestos.**
- **Evite frases gastadas (clichés) y otras abstracciones. Sea directo, literal y vaya al grano.**
- **Repita las palabras y oraciones cuantas veces sea necesario.**
- **Antes de comunicarse con la persona, asegúrese de que ésta presta atención. Establezca contacto visual.**
- **Siga una rutina diaria estricta. Un patrón consistente de las actividades diarias ayuda a la memoria y a la orientación de la persona que está confundida.**
- **Presente la información poco a poco. Divida las tareas en pasos pequeños.**
- **Asista a las reuniones de la Asociación de la Enfermedad de Alzheimer y Desórdenes Relacionados (Alzheimer's**

Disease and Related Disorders Association) en su localidad.

La disartría es un desorden del habla que resulta de la debilidad y/o falta de coordinación de los nervios y músculos que controlan el habla.

La disartría puede ser causada por enfermedades neurológicas progresivas como por ejemplo la enfermedad de Parkinson o Lou Gehring; o por condiciones como un ataque cerebral o lesiones a la cabeza.

Síntomas: En la disartría, los mecanismos de habla que controlan la respiración, la producción de la voz, la resonancia y la articulación están afectados. Muchas personas con patrones de habla típicos de disartría tienen también dificultad para tragar. El habla de una persona con disartría puede variar desde levemente distorcionado hasta ininteligible. Las personas que tienen disartría por lo general pueden entender el lenguaje hablado y escrito.

El Tratamiento y la Rehabilitación: Los programas de terapéutica del habla que enseñan a las personas a mejorar la claridad del habla pueden ser efectivos. En los casos de disartría más severa puede ser útil usar aparatos que mejoran la comunicación como pizarras de imágenes (picture boards), computadoras y aparatos que sintetizan el habla (speech synthesizers).

Sugerencias Prácticas:

- **Escuche con atención y paciencia. Permita tiempo adicional para la comunicación.**
- **Reduzca el ruido de trasfondo que pueda competir con el habla de la persona.**
- **Si la persona tiene disartría severa, considere usar aparatos que mejoran la comunicación.**
- **Fíjese en las expresiones faciales, en el lenguaje del cuerpo, y en los movimientos de los labios y de la lengua para que pueda entender mejor lo que la persona dice.**
- **Anime a la persona que tiene disartría a que modifique su patrón del habla. Esto se puede hacer pidiéndole que hable más despacio, más fuerte y use oraciones más breves.**
- **Tenga una consulta con un patólogo del habla y lenguaje.**

El cáncer de la laringe (o el órgano de la voz) está relacionado con el hábito de fumar cigarillos y el consumo fuerte de alcohol. Una laringectomía o cirugía que extirpa el órgano de la voz, se hace en una tercera parte de estos casos de cáncer.

Los Síntomas: Los síntomas del cáncer de la laringe son: la ronquera persistente y progresiva; el cambio en el tono de la voz; el dolor de garganta y/o dolor de oído persistentes; la dificultad para tragar y una masa en la garganta.

El Tratamiento y la Rehabilitación: Para la mayoría de los pacientes que tienen cáncer de la laringe, un diagnóstico y tratamiento a tiempo aseguran que la laringe se salve y que se conserve el habla normal. La terapéutica de radiación es efectiva en el caso de tumores pequeños localizados.

En los casos más avanzados, la cirugía es el tratamiento preferido. Se puede extirpar una sola cuerda vocal o toda la laringe. Si se hace una laringectomía, ocurren varios cambios físicos. No solamente el paciente pierde la voz, sino que también es incapaz de respirar por la nariz o la boca. En vez de esto debe recibir aire por medio de una abertura pequeña o estoma que se hace en la base del cuello. Los sentidos de sabor y olor ya no son tan agudos. El habla inteligible puede ser recuperado con la terapéutica del habla.

Después de la cirugía, la persona que sufrió una laringectomía por lo general aprende a usar una laringe artificial, un aparato de mano que usa pilas y que le permite transmitir sonidos.

El paciente usa el sonido que produce el aparato como una fuente para vocalizar. Para producir habla inteligible, tiene que pronunciar y articular cuidadosamente las palabras y oraciones.

Algunos pacientes son capaces de hablar con el esófago. Los pacientes toman aire por la boca y lo empujan hacia el esófago. Entonces el aire es expulsado y hace vibrar las paredes del esófago y la garganta lo cual crea un sonido de un tono bajo que puede ser articulado

como habla por la lengua, los labios, etc. Este método es difícil de aprender y requiere tiempo, práctica y perseverancia.

La técnica más nueva en la restauración de la voz consiste de hacer una abertura pequeña entre la tráquea y el esófago. Un aparato protésico que se introduce en este espacio dirige el aire hacia las estructuras del esófago y la garganta que son vibradas para producir la voz.

Sugerencias Prácticas:

- **Aprenda a aceptar el sonido mecánico de la laringe artificial.**
- **Tenga paciencia con la persona que recientemente tuvo una laringectomía. En las primeras etapas de la terapéutica es difícil entender su habla.**
- **Reduzca el ruido de trasfondo que compite con el volumen bajo de la voz de una persona que tuvo una laringectomía.**
- **Recuerde que las únicas cosas que han cambiado en este paciente son los patrones del habla y la respiración.**
- **Si usted no entiende el mensaje, sea sincero. No finja que entendió.**
- **Hable de modo natural con la persona que tuvo una laringectomía. No cuchichee, grite o hable de un modo condescendiente.**
- **No hable por el paciente. No mire a alguien para que conteste preguntas por él.**

Donde Conseguir Ayuda para los Desórdenes de la Comunicación:

Si le es difícil encontrar a un patólogo del habla y lenguaje o a un audiólogo con licencia, usted puede conseguir ayuda si se comunica con: **National Association for Hearing and Speech Action,** 800-638-8255; o **Speech-Language-Hearing Association,** 111 Washington Avenue, Suite 600, Albany, New York 12210, (518-463-5272).

Ayuda Financiera

Es posible que haya ayuda financiera disponible para el pago parcial o total de los servicios de rehabilitación de audición y del habla y para los aparatos de comunicación como por ejemplo audífonos. Casi todos los programas del gobierno y del seguro que cubren los servicios de patología del habla y lenguaje y audiología exigen un referido médico para que uno califique para que le paguen. Las posibles fuentes de ayuda financiera siguen a continuación.

- **Medicare-Puede** cubrir la evaluación del habla y lenguaje y la terapéutica . Medicare no cubre el costo de las evaluaciones para audífonos o la adquisición de dichos aparatos.
- **Medicaid-Cubre** las evaluaciones del habla y lenguaje y el tratamiento, las pruebas de audición, las evaluaciones para los audífonos y la adquisición de estos aparatos.
- **Las Pólizas de Seguros Privados-**La cantidad cubierta varía mucho de acuerdo con la póliza. Comuníquese con el agente de su compañía de seguros para obtener más información.
- **La Administración de Veteranos-**Los servicios de rehabilitación y audífonos pueden estar cubiertos si la persona es un veterano elegible.
- **La Oficina de Rehabilitación Vocacional-**Es posible que haya recursos financieros disponibles para las personas elegibles para pagar por los servicios del habla y audición y los aparatos.

Para obtener más información:

American Academy of Otolaryngology/ Head and Neck Surgery, 1001 Vermont Ave., N.W. Suite 302, Washington, D.C. 20005. Pida información sobre desórdenes de audición.

American Cancer Society o La Sociedad Americana contra el Cáncer. Comuníquese con el capítulo local y pida información sobre el cáncer de la laringe y la laringectomía.

American Heart Association, 7320 Greenville Ave., Dallas Texas 75231. Publica un folleto: Aphasia and the Family. Es posible que pueda conseguir el folleto por medio del capítulo local de la Asociación del Corazón.

American Speech-Language-Hearing Association, 10801 Rockville Pike, Rockville, Maryland 20852. Publica: Communication Problems and Behaviors of Older Americans.

International Association of Laryngectomees, 90 Park Avenue, New York, New York, 10016. Pida los folletos y libritos sobre el cáncer de la laringe y la laringectomía.

Lauder, Edmond, 11115 Whisper Hollow, San Antonio, Texas, 78230. Publica un libro: *Self-Help for the Laryngectomee.*

National Association for Hearing and Speech Action, 10801 Rockville Pike, Rockville, Maryland 20852 (800-638-8255). Tiene información sobre los problemas de comunicación de los ancianos. También puede proveer una lista de patólogos de habla y lenguaje y audiólogos con certificación en el Estado de Nueva York.

National Institute for Neurological and Communication Disorders and Stroke, National Institute of Health, Bethesda, Maryland 20014. Publica los siguientes folletos: Hearing Loss: Hope through Research, Aphasia: Hope through Research, y Cancer of the Larynx.

Self-Help for Hard of Hearing People (SHHH), 7800 Wisconsin Avenue, Bethesda, Maryland 20814. Tiene muchas publicaciones, reimpresiones y una revista que se publica cada dos meses. Pida una lista de los capítulos locales de esta organización en el Estado de Nueva York.

Sesión 4

La Idetificación y el Uso de los Recursos de la Comunidad

El recurso más importante para el anciano es el apoyo ofrecido por la familia, los amigos y los vecinos. Hay recursos en la comunidad o servicios de cuidado a largo plazo para suplementar y reforzar, no reemplazar, los esfuerzos de los que informalmente prestan cuidado. Se han creado muchos servicios para satisfacer las necesidades físicas, sociales y emocionales de los ancianos con el fin de capacitarles para permanecer en la comunidad. Tratar con cualquier agencia burocrática puede ser frustrante. Es bueno guardar un expediente informal, un archivo o un diario para anotar información que uno pueda necesitar más tarde. Las sugerencias que siguen pueden ayudarle para tratar con la burocracia y encontrar la ayuda que necesita.

- **Sea específico.** Sepa exactamente lo que quiere antes de llamar a alguna agencia en particular. Hable con la persona que recibe cuidado, médico, clero, trabajador social, etc., para tener una idea clara del tipo de servicio que usted quiere. Si usted no está seguro del tipo de agencia que necesita exactamente, comuníquese con la Oficina para los Envejecientes local. Cada oficina local puede proveer una recomendación concreta o al menos una idea acerca del tipo de agencia a la cual podría llamar. Puede llamar a los Departamentos de Salud Pública y/o Mental, al Departamento de Servicios Sociales o a la Administración de Seguro Social.

- **Sea cortés pero a la vez firme.** No pierda la calma ni cuelgue el teléfono. Explique su problema o necesidad tan clara y frecuentemente como sea necesario.

- **Trate de llamar por la mañana o inmediatamente después del almuerzo.** Probablemente éstas son las mejores horas para conseguir a los trabajadores sociales.

- **No se disculpe cuando pida ayuda.** Si su familiar anciano o usted mismo no puede pagar ni siguiera una cuota mínima, ¡dígalo! Muchas veces estas agencias reciben dinero de los impuestos, contribuciones y otras fuentes lo cual le permite ofrecer los servicios sin costo alguno para usted. Además, algunas agencias tienen servicios gratis prestados por voluntarios.

- **Pregunte por el nombre de cualquier persona con quien usted desea hablar.** Si alguien es descortés o se niega a ayudarle, no pierda la calma sino exija hablar con el superior.

- **Si la agencia exije una entrevista inicial, esté preparado y lleve a la entrevista todos los papeles legales y financieros pertinentes.** Si usted siente tensión, llévese a alguien con usted. Si es necesario, tome notas durante la entrevista y esté seguro que usted entiende lo que va a pasar y cuales son sus responsabilidades incluyendo las legales y financieras.

- **En resumen, sea afirmativo** y así logrará lo que quiere o al menos estará en el camino correcto.

Esta sección provee una lista de los recursos y servicios para ayudar a los ancianos que existen en la comunidad. No todos los servicios que se describen aquí son apropiados para cada persona.

Servicios de Información y Referido

Los servicios de información y referido son un buen lugar para comenzar a obtener información sobre los servicios disponibles en su comunidad. La Oficina para los Envejecientes local (the Office for the Aging), que se encuentra bajo "Aging" en las páginas azules de su guía de teléfono, puede guiarle hacia programas específicos que se ofrecen a las personas ancianas y sus familias. Probablemente usted tendrá que hacer más de una llamada para conseguir toda la información que necesita; pero éste es tiempo bien invertido.

Cuando usted llame para conseguir información, tenga a mano datos pertinentes sobre el anciano. Los programas para los ancianos

tienen una variedad de criterios de elegibilidad. Algunos quieren saber quien es el médico del cliente, su estado de salud y nivel de funcionamiento. Otros pueden exigir información sobre el ingreso o los bienes de la persona. Estos detalles pueden ser decisivos no solamente para encaminarle hacia los servicios apropiados, sino también para ayudar a determinar si el anciano es elegible para varios programas.

Trabajo de Casos

El trabajo de casos es un servicio ofrecido por personas con preparación para evaluar a los clientes ancianos y conseguirles servicios. En casi todas la comunidades, los trabajadores sociales se reúnen con usted en su casa para discutir los detalles de su situación y aconsejarle sobre los recursos que existen en la comunidad para ayudarle. Los Servicios de Información y Referido de su Oficina para los Envejecientes local le ayudarán a encontrar un trabajador social.

Programas Financieros y de Ingreso

Los programas de ayuda financiera y habilitación son de vital importancia para el bienestar de los ancianos. Los programas pueden estar administrados por el gobierno federal, estatal o del condado. Muchos tienen nombres familiares, pero los propósitos, beneficios y criterios de elegibilidad son distintos. Los programas federales más importantes incluyen: Seguro Social; Beneficios de Seguro Social por Incapacidad; Ingreso del Seguro Social Suplementario (SSI); Ayuda de Emergencia para los Adultos; Medicare y Medicaid; Cupones para Alimentos y Beneficios para los Veteranos. A pesar de que estos programas son valiosos y muy necesarios, puede ser difícil comunicarse con ellos y conseguirlos. Las líneas de teléfono pueden estar continuamente ocupadas cuando usted llama. Puede ser que la persona con quien usted quiere hablar no esté muy interesada en su caso o no aprecie su situación de la forma que usted merece. Usted tiene el derecho de ser firme y persistente para conseguir respuestas a las preguntas. Un trabajador social puede ayudarle a encontrar su camino a través del complicado laberinto de los programs financieros.

Seguro Social

Todos nosotros estamos familiarizados con el Seguro Social ya que contribuimos al mismo. En cada cheque de salario, hay una deducción que se llama "FICA" (Federal Insurance Contribution Act o sea Acta de Contribución al Seguro Federal) y se refiere a la cantidad que contribuimos al sistema del Seguro Social. El congreso pasó en 1935 el Decreto de Seguro Social para proveer a los americanos alguna protección financiera. Hoy en día, 32.5 millones de personas reciben cheques mensuales; esto constituye la fuente principal de ingreso para la mayoría de las personas mayores de 65 años de edad.

Cualquier persona que ha tenido un trabajo cubierto por el Seguro Social es elegible para recibir beneficios mensuales cuando se retira. Los beneficios están basados sobre el promedio de los salarios anuales. Si usted se retira cuando tiene 62 años, recibe aproximadamente 20% menos que si se retira cuando tiene 65 años.

El cónyuge de una persona que recibe Seguro Social tiene derecho a beneficios conyugales al cumplir 62 años, no importa su historial de empleo. Este pago es aproximadamente 37%. Si se hace la solicitud a la edad de 65 años, la candidad es 50%.

Cuando solicite los beneficios del Seguro Social, debe traer su tarjeta de Seguro Social, el certificado de nacimiento y si está casado, el certificado de matrimonio. Si es posible, traiga la declaración federal de ingreso del año anterior, llamada Forma W-2, de manera que pueda ser considerada al calcular sus beneficios.

El beneficio por muerte del trabajador asegurado es $255. Este se paga al cónyuge sobreviviente o a los hijos menores de 18 años. Una persona que está cobrando beneficios basados en el expediente de trabajo de su cónyugue pero que nunca ha trabajado no está cubierta por el beneficio por muerte de $255.

Para que uno pueda calificar para los beneficios del Seguro Social por Incapacidad, uno debe estar incapacitado para trabajar por un período de al menos 12 meses. Una persona puede también calificar para los beneficios por incapacidad debido a problemas mentales o emocionales. Los beneficios se dan también al cónyuge y a los hijos de los trabajadores incapacitados. Al cumplir 50 años, los viudos y viudas incapacitados pueden recibir beneficios basados en el expediente de trabajo de sus cónyuges fallecidos. No se pueden pagar beneficios por los primeros 5 meses de incapacidad, de manera que el primer pago es por el sexto mes luego de la incapacidad. Es importante solicitar tan pronto comience la incapacidad, ya que los pagos retroactivos están limitados a los 12 meses que preceden al mes que uno solicita.

Ingreso del Seguro Social Suplementario (SSI)

SSI es un programa federal que proporciona dinero al contado para beneficio del los ancianos y los incapacitados que tienen ingresos bajos. El programa comenzó en enero de 1974 como resultado de una ley aprobada por el Congreso de los Estados Unidos.

SSI no es bienestar público. Para conseguir los beneficios del SSI, una persona o una pareja debe tener más de 65 años, tener ingreso(s) bajo(s) y pocas posesiones. Las personas menores de 65 años que están ciegas o incapacitadas también califican para SSI.

La Administración del Seguro Social administra el programa del SSI. Aunque la Administración del Seguro Social administra el programa del Seguro Social y del SSI, los programas no son iguales y hay reglas distintas para cada programa. La gente puede obtener beneficios de ambos programas a la vez, pero usted tiene que recordar que los beneficios del Seguro Social se cuentan como ingreso que se descuenta de los beneficios del SSI. Los cheques no vienen por correo el mismo día. SSI viene el primer día del mes; los cheques del Seguro Social vienen el tercer día.

Los fondos del SSI vienen de la tesorería general de los Estados Unidos. Las solicitudes para SSI se pueden llenar en cualquier oficina del Seguro Social.

Lleve:

1. la tarjeta de "Medicare"
2. la tarjeta de "Medicaid"
3. el recibo del alquiler
4. la libreta de cheque (estado de cuenta del banco)
5. una carta del Seguro Social que atestigua que la persona recibe Seguro Social o una copia de un cheque reciente del Seguro Social
6. un cheque de la pensión o una carta
7. los papeles de ciudadanía o la tarjeta verde
8. el certificado de nacimento

Si se le aprueban los beneficios del SSI, usted recibe automáticamente su tarjeta de Medicaid. Para recibir los cupones para alimentos, uno tiene que llenar una solicitud. Una persona menor de 65 años puede solicitar SSI, si tiene una incapacidad física o mental. El impedimento debe durar por un período de al menos 12 meses. La incapacidad, física o mental, debe causar que el solicitante no pueda trabajar.

Los Beneficios para los Veteranos

Hay beneficios especiales para los veteranos de 65 años de edad y mayores que han tenido 90 días o más de servicio activo y honorable durante tiempo de guerra o que han servido menos tiempo, pero fueron dados de baja debido a incapacidades relacionadas con su servicio. Las viudas y viudos de estos veteranos también son elegibles para recibir beneficios no importa su edad. Ya que hay muchos factores que afectan la elegibilidad, es importante llamar o visitar la oficina de la Administración de Veteranos para recibir ayuda para solicitar los beneficios.

Existen otros programas de ayuda financiera para los ancianos en el Estado de Nueva York. Estos incluyen: el Programa de Subsidio de Energía para el Hogar (Home Energy Assistance Program, abreciación en inglés: HEAP); el Seguro Farmacéutico para los Ancianos (Elderly Pharmaceutical Insurance

Coverage, abreciación en inglés EPIC); y los programas que reducen los impuestos.

HEAP ayuda a los ancianos con ingresos bajos a pagar las cuentas de los servicios públicos como agua, luz y gas. Se requiere que uno tenga documentación sobre el ingreso del hogar cuando solicita HEAP. Aquellas personas pueden recibir ayuda financiera cuyos servicios públicos van a ser desconectados o ya se han deconectado. A veces hay dinero para preparar la casa para el invierno y el tiempo inclemente (winterization and weatherization). Se puede obtener información acerca del programa HEAP (agua, luz, y gas) llamando al teléfono de emergencia de HEAP, 1-800-342-9871 o a la Oficina para los Envejecientes local.

EPIC ayuda a los ancianos a pagar los precios altos de las medicinas recetadas. Las personas mayores de 65 años que no tienen un seguro que cubra las medicinas y que no reciban Medicaid pueden beneficiarse de este programa. Se consigue información adicional llamando al número de emergencia de EPIC, 1-800-332-3742, o a través de la Oficina para los Envejecientes local.

La Reducción de Impuestos puede estar disponible para los ancianos de bajo ingreso que alquilan su hogar o son dueños de éste por medio de lo que se llama "IT-214 circuit breaker". Las solicitudes se pueden obtener llamando a la Oficina para los Envejecientes local. La reducción de impuestos para ancianos dueños de casa que tienen ingresos bajos se puede conseguir en su comunidad. Para más información, llame a la alcaldía o al asesor local.

Existen varios programas financieros más pequeños. La compañía de teléfono ofrece "Lifeline" que provee un descuento de $2.60 en las cuentas mensuales de teléfono a todos los que tienen Medicaid, SSI, cupones para alimentos y HEAP. "Silver Pages" es una guía de teléfono de la comunidad que ofrece descuentos a los ancianos jubilados (senior citizens). Para más información sobre éstos y otros servicios en la comunidad, llame su Oficina para los Envejecientes local.

Los Beneficios de Medicare y Medicaid

Medicare y Medicaid son dos programas que la gente frecuentemente confunde debido a que los nombres se parecen y al hecho que ambos ayudan a la gente a pagar por los gastos médicos. Medicare es un programa de seguro de salud para las personas desde que tienen 65 años de edad. Medicaid es un programa de ayuda que paga las cuentas médicas para aquellos que no pueden pagar el cuidado de salud necesario y cuyo capital e ingreso están dentro de límites específicos.

Medicare

Medicare es un programa de seguro de salud para personas de 65 años de edad o mayores, no importa su ingreso, que califican para los beneficios del Seguro Social, y para algunas personas menores de 65 años que están incapacitadas. Medicare ayuda a pagar por muchos de los gastos (no todos) para el cuidado de salud. Medicare tiene dos partes; el seguro de hospital (la Parte A) y el seguro médico (la Parte B).

El seguro de hospital de Medicare (la Parte A) existe, sin costo alguno, para cualquier persona que tiene al menos 65 años y tiene derecho a los beneficios de Seguro Social o de Retiro de Ferrocarril. Los ancianos que no son elegibles para uno de estos beneficios pueden comprar el seguro de hospitalización de Medicare. El mismo ayuda a pagar por cuatro tipos de cuidado:

1. el cuidado para una persona hospitalizada;
2. el cuidado médico necesario para una persona recluída en una casa de salud certificada luego de haber estado en un hospital;
3. el cuidado de salud en el hogar;
4. el cuidado en un hospicio.

El seguro médico de Medicare (la Parte B) es opcional para todos los que califican para la Parte A (el seguro de hospitalización). La prima mensual se descuenta de su cheque de Seguro Socal. Muchos ancianos americanos compran este seguro suplementario ya que cubre muchas

a pagar por: los servicios de un médico; el cuidado en un hospital para un paciente externo; los servicios de terapia física y de terapia del habla para un paciente externo; el cuidado de salud en el hogar; y muchos otros servicios de salud y artículos que no están cubiertos por el seguro de hospital de Medicare.

Cuando usted solicita servicios de salud, pregunte si las personas u organizaciones tienen la aprobación para recibir pagos de Medicare. Si no la tienen, el paciente ha de pagar la cuenta.

La solicitud para Medicare se debe hacer tres meses antes de que la persona cumpla 65 años. Llame a la Oficina del Seguro Social local. Un empleado le hará por teléfono unas preguntas y contestará las suyas. También hay empleados disponibles para hacer visitas al hogar si fuera necesario. También se puede conseguir, sin costo alguno, material escrito que describe Medicare. Es importante obtener cada año copias que estén al día, ya que las reglas y los beneficios de Medicare cambian.

Medicaid

Medicaid paga por el cuidado y los servicios médicos de individuos y familias que tienen ingresos muy limitados y no pueden pagar todas sus cuentas médicas. Esto es particularmente importante para los ancianos que tienen problemas recurrentes de salud y que no pueden pagar todos sus gastos médicos con Medicare. Una persona puede ser elegible para asistencia parcial o para el pago total de sus gastos médicos dependiendo de su ingreso mensual y de sus bienes.

Al solicitar estos servicios, investigue si la agencia acepta pagos por Medicaid. Si no los acepta, usted tiene que pagar la cuenta. El pago se hace directamente al médico u otro proveedor de cuidado de salud. No se paga al cliente.

En el momento actual (1987), Medicaid paga por lo siguiente:

- los servicios de hospital para pacientes recluídos allí y para pacientes externos
- los servicios de laboratorio y rayos X
- el servicio en una casa de cuidado diestro de salud
- el cuidado en una casa de salud
- el cuidado a través de agencias de servicios de salud en el hogar

Si su familiar anciano o usted mismo no puede pagar ni siguiera una cuota mínima, ¡dígalo!

- el tratamiento de médicos, dentistas y podiatras
- el cuidado de la vista
- los audífonos
- el tratamiento en los hospitales de psiquiatría y los centros de salud mental
- medicinas, materiales, equipo
- servicios clínicos
- terapia física, ocupacional y de habla
- servicios privados de enfermería
- servicios de cuidado personal de la salud en el hogar
- transportación para obtener los servicios médicos cubiertos por Medicaid

Para solicitar Medicaid, la persona o su representante debe solicitar en persona al Departamento de Servicios Sociales del Condado para que se determine si ésta es elegible. Llame primero para que le den la lista de documentos que debe presentar al solicitar y pida folletos que describen los requisitos de elegibilidad para Medicaid y los servicios que ofrecen. Estos folletos están al día y son gratis.

Servicios en el Hogar

Existen muchos servicios para los ancianos que viven en su hogar. En general, estos servicios procuran lograr que el anciano se sienta más confiado, seguro y competente. Puede conseguir información adicional sobre estos servicios, que se describen brevemente a continuación, en la Oficina para los Envejecientes local.

Programas Telefónicos para Restablecer la Confianza (Telephone Reassurance Programs): los voluntarios llaman al anciano diariamente a una hora fija para saber como éste se encuentra de salud.

Amigos Visitantes y Compañeros de Mayor Edad (Friendly Visitors and Senior Companions): los voluntarios visitan regularmente a las personas que no pueden salir para ayudarles en tareas como por ejemplo escribir cartas, hacer compra y trabajo liviano en el hogar. Para muchos ancianos, esta visita provee un lazo importante con la comunidad.

Servicios de Recados y Tareas Domésticas (Errand and Chore Services). La ayuda que se ofrece en y alrededor de la casa puede incluir limpiar, ir de compra, cortar el césped y hacer recados.

Sistemas de Respuesta a Emergencias (Emergency Response Systems): Por una cuota mensual, muchos hospitales y agencias de cuidado en el hogar ofrecen a los ancianos que no pueden salir un aparato especial para usar en caso de emergencias. Si ocurre una emergencia, este aparato puede activar una alarma para la policía y los equipos de rescate.

Cuidado de Salud en el Hogar

A veces el anciano necesita cuidado más extenso en el hogar. Se puede contratar a ayudantes de salud en el hogar para que hagan los quehaceres del hogar, vayan de compra, preparen las comidas, y provean cuidado personal como vestir y bañar a la persona. El cuidado en el hogar se puede conseguir por medio de Medicare, Medicaid, y de la Oficina para los Envejecientes local que tiene un Programa de Servicios para los Ancianos en su Hogar (Expanded In-Home Services to the Elderly Program, abreviación en inglés EISEP) o directamente de una agencia para cuidado en el hogar. Los servicios de cuidado en el hogar y las posibles fuentes de fondos para sufragarlos se describen más tarde.

Medicare paga las visitas de salud en el hogar si se satisfacen cuatro condiciones:

- El cuidado incluye enfermería calificada a tiempo parcial, terapia física o terapia del habla.
- El paciente no puede salir de su hogar.
- Un médico determina que existe la necesidad para el cuidado y prepara un plan de cuidado de la salud en el hogar.
- El Departamento de Salud del Estado de Nueva York ha otorgado una licencia como proveedora de Medicare a la agencia de salud en el hogar. Medicare no cubre los servicios generales en el hogar como por ejemplo la preparación de la comida e ir de compra.

Hay ciertos criterios de elegibilidad médica y financiera para calificar para los servicios de cuidado en el hogar por Medicaid. Cuando se ofrece este servicio a largo plazo, el cuidado en el hogar pagado por Medicaid está diseñado para ayudar a personas que tienen condiciones de salud crónicas y debilitantes.

Comuníquese con los Departamentos de Servicios Sociales y de Salud del Condado, o la Oficina para los Envejecientes local para conseguir más información acerca del cuidado en el hogar cubierto por Medicare y Medicaid.

EISEP, que fue establecido en 1987 por la Oficina para los Envejecientes del Estado de Nueva York, provee cuidado de salud en el hogar para ancianos débiles y aislados quienes:

- no califican para Medicaid;
- son incapaces de llevar a cabo las actividades de la vida diaria;
- no tienen los sistemas de apoyo informales para satisfacer sus necesidades.

Los servicios que EISEP provee pueden incluir trabajo de casos, ama de casa/cuidado personal, ama de llaves/tarea doméstica, servicios de relevo y servicios subsidiarios fuera de una institución. El nivel funcional y

el estado financiero de la persona son evaluados antes de que la persona sea aceptada en EISEP. Los candidatos pueden recibir servicios totalmente pagados por el programa o tendrán que pagar total o parcialmente por el cuidado, dependiendo del resultado de la evaluación de su estado financiero. Los fondos disponibles para este programa en todo el Estado están limitados a solamente un porcentaje pequeño de los elegibles. Comuníquese con la Oficina para los Envejecientes local para obtener más información.

Agencias de Cuidado Privadas

Muchas agencias privadas también proveen cuidado en el hogar y hoy en día cobran por lo general de $8 a $9 por hora. Uno debe tener cuidado de sólo contratar por los servicios que necesita y hacerlo únicamente cuando se ha explorado otras alternativas de servicios menos costosas. Su Oficina para los Ancianos local o el trabajador de casos puede ayudarle a encontrar el servicio de cuidado en el hogar que sea más económico.

Servicios de Relevo (Respite Services)

A veces un proveedor de cuidado necesita unas breves vacaciones de sus responsabilidades como persona que cuida a un anciano. En algunas comunidades, los servicios de relevo proveen cuidado por 24 horas al anciano mientras que el proveedor de cuidado principal está ausente. Por lo general hay limitaciones en cuanto al número de días que los servicios de relevo para el cuidado en el hogar pueden ser ofrecidos. Comuníquese con la Oficina para los Envejecientes local para obtener más información.

Otros Servicios de Cuidado en el Hogar

Es posible que haya otros servicios para el cuidado en el hogar en su comunidad. La Cruz Roja opera un programa para prestar artículos y posiblemente pueda prestarle sillas de ruedas y camas de hospital. Los grupos cívicos y de voluntarios también pueden tener programas de ayuda.

Cuidado de Residencia (Residential Care). Cuidado de Residencia es una expresión genérica que se usa para describir un sistema de servicios y programas que pueden ayudar con las necesidades de salud y cuidado personal.

Cuidado en una Casa de Salud es para personas que tienen una enfermedad crónica o que están recuperando de una enfermedad aguda y necesitan cuidado por largo tiempo, pero no tienen que estar hospitalizadas.

Cuidado Diestro de Enfermería (Skilled Nursing Care) es para personas que necesitan cuidado y supervisión intensivos las 24 horas del día. El costo de este tipo de cuidado, aunque menor que para el cuidado en una casa de salud, es mayor que para el cuidado intermedio de enfermería o para el cuidado de custodia.

El Cuidado Intermedio de Enfermería es para personas que no requieren cuidado diestro las 24 horas del día, pero que necesitan alguna ayuda y supervisión de enfermería.

Cuidado de Custodia es para personas que requieren hospedaje y comida, y además ayuda con el cuidado personal, pero no necesariamente necesitan los servicios del cuidado de salud.

De suma importancia para seleccionar los servicios y una combinación de programas apropiados es una evaluación que abarque todos los aspectos. ¿Cuáles son las limitaciones o incapacidades del anciano? ¿Cuál es su estado financiero? ¿Qué tipo de ayuda aceptaría la persona? Consiga ayuda para determinar estas cosas en las agencias sociales y de salud que ofrecen servicios de evaluación y de manejo de casos. Los trabajadores sociales y los que planean para los pacientes que son dados de alta en los hospitales pueden ser un recurso para las personas que regresan a su hogar después del tratamiento de una enfermedad aguda. Su Oficina para los Envejecientes local ofrece servicios similares para aquellos cuyas necesidades comienzan a sentirse mientras viven en la comunidad.

Programas de Nutrición

Los Programas de Nutrición para los ancianos incluyen generalmente las comidas en grupo y comidas entregadas al hogar.

La Oficina para los Envejecientes del Estado de New York sostiene un programa de comidas en grupo con fondos federales en todo el Estado. La comida se ofrece en centros para los ancianos, iglesias y otros lugares en el vecindario. Las personas que tienen 60 años o más son elegibles al igual que su cónyuge no importa la edad de éste.

Su Oficina para los Ancianos local puede proveer información sobre los programas en su localidad.

El programa de comida en grupo enfatiza la buena nutrición y los beneficios que resultan de la socialización y otras actividades del programa.

Donativos voluntarios y anónimos ayudan a pagar por este programa. Los donativos se devuelven a cada presupuesto local para sufragar comidas adicionales. Sin embargo, no se niega la participación a ninguna persona porque no pueda dar un donativo. Como en muchos otros programas donde se dan donativos voluntarios, el hecho que la persona participa de esta forma conserva su dignidad y fomenta el interés personal en el programa.

Los programas de comidas entregadas al hogar (por ejemplo, Comidas sobre Ruedas o en inglés, Meals on Wheels) son parte del programa de nutrición en Nueva York, sufragado por fondos federales y estatales. También existen en algunas comunidades programas privados sin fines de lucro. La diferencia está en los criterios de elegibilidad y el costo. La mayor parte de los programas de comidas entregadas al hogar tienen un componente de trabajo social para asegurar que las necesidades son evaluadas de forma apropiada y para establecer un enlace con otros servicios en la comunidad.

Transportación

La transportación es un servicio extremadamente importante para el anciano. Todos los ancianos, aún los que reciben servicios en el hogar, necesitan transportación para ir a médicos, hospitales y agencias públicas.

Su Oficina para los Envejecientes local puede proveer información sobre los servicios en su comunidad. Los tipos de transportación incluyen servicio de puerta a puerta en camioneta (van) o taxi. Muchas agencias, particularmente los centros de recreo para los ancianos, tienen sus propias camionetas. Posiblemente sus servicios se ofrecen solamente a los miembros. Para citas médicas y viajes a agencias públicas, programas de nutrición, bancos y aún a las tiendas, los programas públicos o sin fines de lucro principales como por ejemplo la Cruz Roja, probablemente ofrecen servicio para toda la comunidad. Es importante determinar si el servicio de escolta es parte del servicio que se ofrece o si se requiere que se notifique con antelación.

El costo para la transportación puede ser una cuota fija o un donativo voluntario anónimo dependiendo de la fuente de fondos de los proveedores. Los que reciben Medicaid son elegibles para la transportación para satisfacer sus necesidades médicas si la disposición del médico se somete a la oficina local de Servicios Sociales. La información sobre la transportación se consigue en las agencias de la comunidad mencionadas así como también en la Oficina para los Envejecientes local.

Programas de Cuidado Diario para Adultos (Adult Day Care)

Los programas de cuidado diario para adultos proveen actividades desde cuidado de enfermería en hospitales o casas de salud hasta programas de estimulación mental y socialización/recreo en otros ambientes. Este tipo de cuidado ofrece apoyo a los ancianos que de otra manera podrían llegar a ser recluídos en una institución o para los cuales los programas de servicio en el hogar no existen o no son apropiados.

El cuidado diario para adultos ofrece también servicios de relevo para las personas que ofrecen el cuidado, así como

también programas de apoyo y adiestramiento especializado.

Averigüe en su Oficina para los Envejecientes local cuales son los servicios disponibles en su comunidad.

Programas de Alojamiento y Relacionados con Alojamiento

La mayoría de los ancianos prefieren permanecer en su propio hogar. A veces esto puede ser costoso, particularmente para los que tienen ingresos bajos y fijos. Existen varios programas que tienen el propósito de ayudar a los dueños de casa y a las personas pensionadas. A continuación, una descripción breve de estos programas. Usted siempre puede llamar a la Oficina para los Envejecientes local con el fin de determinar cuales servicios están disponibles y como usted podría calificar. Usted puede llamar también a otras organizaciones que se mencionan en la descripción del programa.

Ayuda para Pagos por Alojamiento (Sección 8), en inglés: Housing Assistance Payments o HAP. Este programa federal de Housing and Urban Development (HUD) provee ayuda para pagar una parte del alquiler en apartamentos u hogares que participan en el plan, de manera que los ancianos elegibles no tengan que pagar más del 30 por ciento de su ingreso por el alquiler. HUD paga la diferencia a los que participan en el programa.

Préstamos y Donaciones para la Reparación y Rehabilitación de Viviendas en la Zona Rural (Sección 504), en inglés: Rural Housing Repair and Rehabilitation Loans and Grants. La "Farmers Home Administration" (FmHA) provee préstamos de bajo interés y donaciones para eliminar condiciones peligrosas de salud, fuego, salubridad o de otra índole para dueños de hogares que tienen 62 años o más, viven en áreas rurales especificadas y que no pueden pagar, parcial o totalmente, por las reparaciones necesarias.

Conversión del Valor del Hogar Libre de Hipóteca, en inglés: "Home Equity Conversion", tiene como propósito hacer posible que los ancianos dueños de sus hogares puedan convertir la diferencia entre el valor de la casa y la hipoteca en dinero en efectivo mientras que siguen viviendo en su hogar. Los pagos que reciben están destinados a satisfacer gastos mayores y a suplementar el ingreso mensual. Hay varios tipos de planes que incluyen: Reversión de Hipotecas (Reverse Mortgages), Acuerdos de Venta y Alquiler (Sale-Leaseback Arrangements) y Pagos Diferidos de Préstamos (Deferred Payment Loans). Ya que estos planes son complicados, asegúrese de conseguir asesoramiento financiero. Comuníquese con su Oficina para los Envejecientes local o con un banco.

Programa de Subsidio de Energía para el Hogar. HEAP puede ayudar a pagar las cuentas de electricidad, gas, petróleo, carbón o madera. Aun cuando la calefacción y los servicios públicos están incluídos en su pago de alquiler, HEAP puede ayudar. Solicite personalmente en su Oficina para los Envejecientes local o por correo, si usted tiene 60 años o más y es el jefe de la familia, o si usted recibe SSI y vive solo.

Circuit Breaker provee créditos o reembolsos contributivos a los dueños de casa e inquilinos que pagan una cantidad desproporcionada en impuestos sobre la propiedad si se compara con el ingreso del hogar. Para solicitarlo, llene la hoja de impuestos IT-214 del Estado de Nueva York. Usted puede llenar esta hoja aun cuando usted normalmente no tiene que llenar una hoja de impuestos para el estado.

Exención Contributiva de la Propiedad, en inglés, Real Property Tax Exemption. Dueños de hogar de 65 años y mayores pueden ser elegibles para reducir hasta en un 50% los impuestos sobre la propiedad. La ley del Estado de Nueva York permite que cada lugar determine sus propias normas para el ingreso máximo. Si un anciano dueño de propiedad está a este nivel o por debajo del mismo, puede calificar para una exención anual que puede ser hasta de un 50%. Comuníquese con su asesor local para averiguar cuál es el nivel de ingreso que califica en su localidad. Distintas localidades pueden

tener fechas límites diferentes para solicitar.

Programa de Investigación de Energía en el Hogar y Préstamos, en inglés, Home Energy Audit and Loan Program. Cualquier persona que es dueño o inquilino de una vivienda con cabida para una a cuatro familias, el cual se construyó antes de 1980, es elegible para una investigación gratis de la energía que se usa en el hogar, sin restricciones en cuanto al nivel de ingreso o al tipo de combustible que se usa. La investigación determina cómo se puede mejorar el uso de la energía en el hogar para reducir al mínimo el desperdicio de energía. Las compañías de servicios públicos pueden hacer arreglos para un préstamo de intereses bajos para hacer las mejoras recomendadas. Comuníquese con su compañía de servicio público o con la Comisión de Servicio Público.

Asistencia para la Protección Contra el Tiempo Inclemente, en inglés, Weatherization Assistance. El Departamento de Estado del Estado de Nueva York administra el programa de Weatherization Assistance que provee fondos a las Agencias de Acción Comunal para mejorar o reparar casas y apartamentos elegibles para hacerlos más eficientes en el uso de la energía. La preparación de la casa contra las inclemencias del tiempo incluye poner masilla, material aislante y tiras de material adhesivo en las puertas y ventanas, el reemplazo de las puertas y ventanas protectivas y la limpieza o reparaciones menores del equipo de calefacción. Comuníquese con la Agencia de Acción Comunal local.

Asistencia de Energía por la Comunidad y Compañías de Servicios Públicos, en inglés, Community-Utility Energy Assistance. Las compañías de servicios públicos y sus consumidores en el Estado de Nueva York dan fondos para programas de ayuda especial en las localidades donde prestan servicio. Cada programa puede ayudar a pagar las cuentas de energía y también pueden ayudar a pagar la preparación de las casas contra las inclemencias del tiempo y las reparaciones del equipo de calefacción. New York State Electric & Gas patrocina *Project Share*; Niagara Mohawk patrocina *Care and Share*; National Fuel Gas patrocina *Neighbor for Neighbor*; Rochester Gas & Electric patrocina *Community Heating Fund*; y Orange & Rockland Utilities Co. patrocina *Neighbor Fund*, todos éstos son dirigidos por la Cruz Roja. Brooklyn Union Gas Company patrocina el *Salvation Army Fuel Fund*, que es dirigido por el Ejército de Salvación. Comuníquese con la Cruz Roja o el Ejército de Salvación.

Banco de Conservación de Energía, en inglés, Energy Conservation Bank. Nueve servicios públicos en el Estado de Nueva York en cooperación con la Oficina de Energía Estatal operan Energy Conservation Bank para sufragar las medidas de conservación para los residentes del Estado de Nueva York que son dueños o inquilinos de viviendas con cabida para una a cuatro familias, y que viven por debajo o al nivel del ingreso promedio de la localidad del condado. Energy Conservation Bank puede pagar por el 35% o más del costo para las mejoras en la conservación de energía del hogar. Para ancianos elegibles que tienen un ingreso limitado, el Banco puede pagar el costo total de estas mejoras. Para conseguir prioridad en el servicio, identifíquese como anciano. Llame a New York State Energy Hotline al teléfono 1-800-342-3722.

Alternativas de Vivienda (Housing Options).

El apartamento o la casa apropiados cuando uno era joven, a lo mejor ya no lo siguen siendo. Uno o más de los siguientes programas y alternativas de alojamiento pueden ayudar a resolver los problemas de vivienda.

Vivienda para Ancianos, en inglés, "Senior Citizen Housing". En muchas comunidades se puede encontrar viviendas para los ancianos que no exceden el presupuesto que ellos pueden permitirse. Comuníquese con la Autoridad de Vivienda local (Housing Authority) o la Oficina para los Envejecientes local.

Hogares para Adultos, en inglés, "Adult Homes". Viviendas para adultos que pueden caminar, son independientes y requieren un

mínimo de supervisión. Los Hogares para Adultos proveen habitación y comida y pueden sufragarse por medio de SSI. Comuníquese con el Departamento de Servicios Sociales en su condado o con la Oficina para los Envejecientes local.

Programa de Vivienda con Servicios, en inglés, "Enriched Housing Program". Un programa de servicio y ayuda para los ancianos en edificios de alojamiento para ancianos o en viviendas compartidas por un grupo pequeño de ancianos. Los servicios de apoyo que se proveen incluyen: preparación de comida, ayuda para ir de compra, trabajo doméstico, etc. Comuníquese con el Departamento de Servicios Sociales de su condado, la Administración de Recursos Humanos de la Ciudad de Nueva York, o la Oficina para los Envejecientes local.

Vivienda Compartida, en inglés, "Shared Housing". Un concepto nuevo de vivienda para satisfacer las necesidades de alojamiento para los ancianos. La vivienda compartida es una vivienda donde vive un grupo de 3 a 25 ancianos. Esta vivienda puede servir tanto a los ancianos débiles que pueden necesitar varios servicios de apoyo y albergue como a los básicamente independientes que por razones financieras o sociales desean vivir con otros. Comuníquese con la Oficina para los Envejecientes local.

Apartamento con todos los Accesorios, en inglés, "Accesory Apartment". Una unidad de vivienda pequeña, independiente, totalmente privada, con cocina y baño propios, construida en el espacio sobrante de un hogar privado. Los municipios tienen control sobre su tamaño, el diseño de la fachada, las normas para ocuparla, los requisitos de estacionamiento y rutas de salida de emergencia. Comuníquese con la Oficina para los Envejecientes local o la División de Vivienda y Renovación de la Comunidad (Division of Housing and Community Renewal).

Servicios Legales

Los asuntos legales que afectan la provisión de cuidado y la protección y conservación de derechos y beneficios son una preocupación mayor para los ancianos y sus proveedores de cuidado. Algunas comunidades han establecido servicios especiales legales sin fines de lucro para ayudar a personas con necesidades específicas de intervención a su favor. Estos incluyen representación en vistas de agencias de beneficio público (public benefit agency), procedimientos de la corte para establecer a alguien como apoderado o administrador judicial (conservatorship) y la intercesión con entitades del gobierno que proveen, por ejemplo, servicios de ayuda para el hogar. Por lo general, hay un límite de ingreso para la elegibilidad. En algunos lugares, los bufetes de abogados privados han expandido sus servicios para ofrecer seminarios y talleres a personas que están interesadas en hacer buenas proyecciones financieras para proteger su ingreso, los ahorros y los recursos de propiedad al prever sus necesidades de cuidado a largo plazo.

La información específica sobre la ayuda legal para los ancianos se puede obtener por medio de la Oficina para los Envejecientes local o la Asociación de Abogados (Bar Association).

Poderes Legales

En el caso que sus padres ancianos lleguen a incapacitarse, usted tiene que estar familiarizado con los términos siguientes:

- Mandato (Power of Attorney). Un documento escrito que autoriza a otra persona a que actúe como un agente o apoderado por uno. La persona que otorga la autoridad se llama el mandante (principal) y el agente se llama mandatario o apoderado (attorney-in-fact). El poder se revoca por acto del mandante o por la muerte del mismo.
- Fideicomiso (Trust). Un derecho a la propiedad que tiene una persona llamado fiduciario (trustee) para el beneficio de otra persona llamada el beneficiario.
- Fideicomiso en Vida (Living Trust). También se conoce como fideicomiso entre personas vivas ("Inter-vivos" trust). Un fideicomiso que funciona mientras que la persona que lo creó está viva. Hay un tipo de

fideicomiso que es especialmente útil para los ancianos que temen incapacitarse mentalmente. Ejemplo: un anciano saludable pone sus bienes en fideicomiso con un pariente, amigo o abogado como fiduciario, pero mantiene control sobre el fideicomiso mientras se conserva legalmente competente. El anciano que establece el fideicomiso puede revocar el mismo en cualquier momento. Si el donante se incapacita legalmente, el fiduciario toma control del manejo del fideicomiso y paga las cuentas, etc. Este tipo de fideicomiso es útil para las parejas en caso que uno de ellos se enferme y la mitad de los bienes del cónyuge saludable deba ser protegida contra gastos de largo alcance como en los que se incurren si el otro cónyuge tiene la enfermedad de Alzheimer. El documento de fideicomiso también estipula las instrucciones para manejar los bienes de la persona y la distribución de los mismos en caso de muerte. Las personas ancianas deben procurar asesoramiento legal antes de establecer el fideicomiso.

- Administrador judicial o apoderado (Conservator) - Persona designada por la corte para manejar la propiedad de otra persona que se encuentra muy incapacitada.
- Comité (Committee) - Persona o grupo de personas designados por la corte para que maneje a la persona o a la propiedad, o a ambos, en el caso que la otra persona haya sido declarada incompetente por la corte y, por lo tanto, incapaz de actuar en beneficio propio.
- Testamento en Vida (Living Will) - Un documento en el cual el firmante expresa su deseo de ser o no ser mantenido vivo mediante el uso de recursos extraordinarios o instrumentos artificiales cuando no exista la posibilidad de recuperar de una incapacidad física o mental. Actualmente en el Estado de Nueva York no se reconoce legalmente el testamento en vida pero este documento puede ser de utilidad para los amigos y médicos. El procurador general del Estado de Nueva York ha opinado que se puede otorgar un mandato duradero para asuntos médicos (Durable Medical Power of Attorney) limitado a decisiones en cuanto al cuidado de salud otorgando autoridad para la toma de tales decisiones cuando el paciente no pueda hacerlo.
- Acuerdo para la Donación de Organos - Debe consultar a su médico respecto a la posibilidad y detalles del asunto.

Grupos de Apoyo

Los grupos de ayuda propia y de apoyo a la familia se componen de personas que comparten información y experiencias y la discusión de problemas que tienen en común. Ellos son una buena fuente de información sobre los recursos disponibles para los pacientes y sus familias. Frecuentemente se invita a alguien que trabaja en el campo de la salud para que ofrezca una conferencia. Para encontrar programas en su localidad, comuníquese con su Oficina para los Envejecientes local.

Abuso de Ancianos: *Prevención, Investigación, Servicios Protectivos*

El abuso de ancianos es el abuso físico, el abandono y la explotación financiera de los ancianos. El abuso físico se define como la conducta violenta que resulta en daño corporal o angustia mental. El abandono, que es una forma pasiva de abuso, es la violación del deber por una persona y que resulta en daño al anciano o en violación de sus derechos. La explotación financiera incluye el robo o la apropiación ilícita del dinero y de cualquier cosa de valor que pertenezca al anciano. A menudo el abusador es una persona que está pasando por muchas tensiones. Puede ser que esté luchando contra el alcoholismo, la adicción a drogas, o los problemas financieros o maritales. Los que perpetran el abuso pueden ser también familiares normales y atentos proveedores de cuidado para quienes la carga de ofrecer este cuidado ha llegado a ser demasiado pesada y que ventilan su cansancio, frustración y enojo sobre la persona que ellos perciben como la causante de la carga. Algunas de las tensiones propias al papel de ofrecer cuidado pueden ser aliviadas mediante el ofrecimiento de servicios a los ancianos que permitan relevar a los familiares de sus tareas continuas. Los

grupos de apoyo para la familia también ofrecen a los proveedores de ciudado una oportunidad de dar y recibir ánimo, apoyo y comprensión de otros que tratan con dificultades similares. (Vea Grupos de Apoyo y Cuidado Diario para los Adultos).

Los Departamentos de Servicios Sociales locales deben proveer servicios de protección a los ancianos en sus comunidades. Esto por lo general significa que se asigna un trabajador social que investiga las alegaciones de abuso y trabaja con los clientes y sus familiares para proteger el bienestar de los clientes. Cuando es apropiado, la corte puede asignar un administrador o tutor, un representante pagado o asumir otra forma de manejo financiero según sea apropiado. Hay servicios de protección para los ancianos que, debido a su incapacidad física o mental, no pueden administrar sus propios bienes, llevar a cabo las actividades de la vida diaria o protegerse contra el abandono o situaciones peligrosas sin la ayuda de otras personas. En algunas comunidades, la Oficina para los Envejecientes local coopera con estos departamentos para ofrecer estos servicios exclusivamente a personas de 60 años o mayores. Comuníquese con su Departamento de Servicios Sociales local para más información (Vea Servicios Legales).

Cuidado en un Hospicio

El cuidado en un hospicio es un programa para los que están extremadamente enfermos y sus familiares. Su énfasis es aliviar el dolor en vez de curar. El objetivo del hospicio es mantener a la persona tan cómoda y libre de dolor como sea posible. La persona moribunda y sus familiares reciben cuidado físico, psicológico, social y espiritual de un equipo de médicos, enfermeros, trabajadores sociales, ministros religiosos y voluntarios. Mientras algunos servicios se prestan en facilidades especiales, casi todo el cuidado de hospicio se provee en el propio hogar de la persona. Comuníquese con su Oficina para los Envejecientes local para obtener información sobre los programas de hospicio en su comunidad.

Otras Fuentes de Información

New York State Office for the Aging
2 Empire Plaza, Albany, New York 12223-0001
Senior Citizens Hotline 1-800-942-9871
Esta oficina es una agencia administrativa y de intercesión que forma parte del Departamento Ejecutivo del Gobernador. Administra programas que reciben sus fondos bajo el Decreto Federal para los Americanos de Edad Avanzada (Older Americans Act) como también varios programs con fondos estatales para los habitantes de edad avanzada de Nueva York.

American Association of Home for the Aging
1129 20th Stree, N.W., Suite 400, Washington, D.C. 20088
Puede conseguir material escrito sobre el ofrecimiento de cuidado gratis enviando un sobre de tamaño legal con su dirección y un sello de 39 centavos a la dirección arriba mencionada.

National Council of Senior Citizens
925 Fifteenth St., N.W., Washington, D.C. 2005
Cuatro millones y medio de activistas ancianos en más de 4,800 clubes locales, consejos de área y consejos estatales afiliados abogan por los ancianos al nivel federal y estatal.

New York Statewide Senior Action
275 State St., Albany, New York 12201
Una organización de miembros ancianos que está a la vanguardia de la intercesión por los residentes en Nueva York y los americanos de edad avanzada.

American Association of Retired Persons (AARP):
AARP Fulfillment Section
1909 K. Street, N.W., Washington, D.C. 20049
Puede conseguir gratis las siguientes publicaciones:

Handbook About Care in the Home. Explicación de cuidado en el hogar y de cuidado de salud en el hogar, con información sobre el financiamiento del mismo.

Information on Medicare & Health Insurance for Older People. Una guía para Medicare y los tipos de seguro para suplementar Medicare.

Knowing Your Rights. Información sobre el nuevo sistema de pago por adelantado de Medicare con énfasis en los derechos del paciente.

Insurance Checklist. Una guía para ayudar a la persona a determinar sus necesidades personales de adquirir un seguro.

The Right Place at the Right Time. Información detallada sobre los tipos de servicios a largo plazo que existen. Incluye elegibilidad, financiamiento y proveedores de cuidado.

Your Home, Your Choice. Una guía de las alternativas de vivienda para los ancianos.

Coping and Caring. Como vivir con la enfermedad de Alzheimer.

Miles Away and Still Caring. Una guía para proveedores de cuidado que se encuentran lejos.

A Home Away From Home. Información para consumidores sobre hogares de hospedaje y cuidado (Board and Care Homes).

National Association for Home Care (NAHC)
519 C St. N.E. Stanton Park, Washington, D.C.
NAHC es un centro (clearinghouse) nacional de información sobre agencias que proveen cuidado en el hogar. De esta dirección se pueden conseguir las siguientes publicaciones:

All About Home Care: A Consumer's Guide ($2.00), How to Select a Home Care Agency (gratis), y reimpresiones de la edición "ABC's of Home Care" de la revista Caring ($7.50).

National Association of Area Agencies on Aging
600 Maryland Avenue, S.W., Suite 208, Washington, D.C. 20024.
Aproximadamente 700 agencias locales para los ancianos que se encuentran a través de los Estados Unidos y proveen, sin costo alguno, consejo, evaluación de necesidades, referidos e información sobre servicios locales tales como cuidado diario para adultos, cuidado de relevo, servicios de salud en el hogar, servicios de transportación y de escolta, servicios de ama de llaves y trabajo doméstico y grupos de apoyo. Para información sobre referidos para servicios en otros estados (para proveedores de cuidado que están lejos), escriba a National Association of State Units on Aging a la dirección arriba mencionada.

The National Council on the Aging, Inc. (NCOA)
NCOA Publications
P.O. Box 7227, Ben Franklin Station, Washington, D.C. 20044
La publicación de NCOA Ideabook on Caregiver Support Groups ($6.50 con franqueo pagado por la dirección mencionada) es el directorio nacional más al día y completo de los grupos de apoyo para los proveedores de cuidado. También han publicado: Una serie de ocho "Family Home Caring Guides" sobre temas como, Proyección Legal y Financiera, Prevención de Accidentes en el Hogar, Ofrecimiento de Cuidado a Larga Distancia, etc., ($5.50 con franqueo pagado).

Sesión 5

Cuidado Personal - Desarrollo de Destrezas.

No existe tal cosa como una segunda niñez. No importa cuales sean los problemas o incapacidades de sus padres o cónyuge, éstos no son niños. Tratarles como si fueran niños solamente puede debilitar su orgullo, auto-confianza, auto-suficiencia y entusiasmo para vivir.

Los adultos tienen que ser tratados con dignidad y respeto. Confiar en ellos para que se enfrenten con sus propias tareas o problemas sin interferencia, es la mejor forma de demostrar su interés y amor por ellos.

Ayúdeles a Valerse por Sí Mismos

Una regla general importante es permitir que sus padres/cónyuge se valgan por sí mismos tanto como sea posible. El hecho que algo ha llegado a ser difícil no significa que uno no desea hacerlo. Todo el mundo necesita sentir que ha logrado algo; y pocas cosas pueden deprimir más que dejar de hacer las tareas, una a una, que uno mismo siempre pudo hacer. Puede ser que el anciano ahora se mueva más lentamente y a lo mejor de forma menos firme, pero no se le debe quitar ninguna tarea que sea capaz de hacer y que físicamente no resulta en una demanda excesiva.

Arreglo de la Habitación

- La habitación del anciano debe estar bien iluminada y ser alegre. Es un mito que los ancianos van a sentirse serenos en ambientes tranquilos y monótonos. Ellos necesitan y les gusta la estimulación visual.
- Respete las posesiones del anciano. Un objeto pequeño y viejo puede ser un enlace necesario con el pasado. Nunca bote, ponga en otro sitio o guarde objetos sin preguntar.
- Esté consciente de sus necesidades físicas. Es necesario que el cuarto de baño esté cerca. Si es posible la habitación debe estar en el primer piso.
- Déle un reloj (con una esfera grande y números bien visibles) y un calendario. Desorientarse, aunque levemente, en cuanto al tiempo puede llegar a ser una experiencia que causa terror y humillación.
- A los que necesitan levantarse de noche para ir al baño les gusta tener una luz de noche.
- Un mueble pesado al lado de la cama provee el apoyo necesario.
- Una radio, una lámpara para la cama, y algo para leer puede hacer mucha diferencia para la persona que no puede dormir o que despierta temprano.
- Saque los muebles grandes y otras cosas que pueden impedir el paso por donde uno siempre camina para evitar tropezones y caídas.

Ser Parte de la Familia

- Como cualquier otra persona, el anciano necesita calor y cariño. Ofrézcaselo generosamente. El contacto físico - cogerle la mano o el brazo -le ayudará a sentirse apreciado.
- A menudo una anciana está muy apegada a un(a) nieto(a). Esta puede ser una experiencia positiva para ambos; dice algo sobre la continuidad de la vida. Sin embargo, es importante que los roles estén claros y que se vea a la abuela, no como una madre substituta, sino como una fuente adicional de amor y calor, consejo e interés.
- Los ancianos sentirán que los demás les necesitan si se busca su consejo en asuntos de la familia y si se les pide que participen en decisiones que afectan la familia. Usted puede estar sorprendido cuando descubre la claridad de sus pensamientos y la destreza para resolver problemas con facilidad.
- Los ancianos pueden pasar mucho de su tiempo recordando el pasado. Si usted les escucha, les dará mucha alegría, a la vez que usted se beneficiará al conocer mejor sus raíces y su pasado.
- Aprenda a fijarse más en la persona que en la edad. Esto hace que el que recibe su cuidado se sienta como parte de la familia y no como una carga. Esto puede causar una mejor actitud y un deseo renovado de vivir.

Hábitos de Dormir

Frecuentemente una persona anciana necesita menos sueño. Puede ser que cinco horas sea suficiente. Si el anciano se acuesta a las 10:00 p.m. y se despierta descansado a las 3:00 a.m., el único daño sería si llegase a agitarse y preocuparse por esto y tratára de volver a dormir sin lograrlo.

Cuando sea evidente que ha dormido lo suficiente hay que animarle para que se levante, para que lea, escuche la radio o haga una de sus actividades favoritas.

Si tiene problema en coger el sueño por la noche, una bebida caliente o un baño caliente puede ayudarle a languidecer. No debe tomar píldoras para dormir, excepto en el caso que el médico lo recomiende.

Actitudes

- La depresión puede ser un síntoma de la edad. A veces se presenta como un problema físico: insomnio, constipación, achaques y dolamas. Por lo general se acompaña de una actitud de poca comunicación y falta de interés. Una depresión severa es un problema que el médico ha de atender, pero una depresión leve es algo con lo cual generalmente la persona misma puede tratar. Confíe en él. El percibe sus actitudes. Si usted siente que no hay esperanza para él, esto reducirá la capacidad de la persona para tratar de forma efectiva con sus problemas. De otro lado, si usted confía que él puede tratar con sus problemas, es muy posible que éste actuará de forma que su confianza en él sea justificada. Esté disponible para sentarse y hablar si su ser querido así lo desea.

- A veces el anciano puede sentirse inseguro y ansioso. En su vida están ocurriendo cambios inquietantes. Su capacidad física ha disminuido y a veces no está bien seguro de su papel en el mundo. Si usted mantiene una actitud alegre que inspire esperanza, le ayudará a reducir la ansiedad.

Problemas.

Uno de los problemas mayores para el anciano es el aburrimiento. Todo el mundo necesita cierta cantidad de estimulación. Su familiar anciano no es diferente. La habitación debe proveerle privacidad, pero nunca debe llegar a ser una prisión. Hay que estimularle para que pase gran parte de su día fuera de su habitación. Permita que el anciano escoja sus propias actividades. A nadie, joven o viejo, le gusta que se disponga por ellos de su tiempo libre.

Las Necesidades de Cuidado Personal

Refiérase a la Guía para el Cuidado Personal que sigue a continuación.

I. Cuidado Personal

Cada persona responde a su manera a una enfermedad. Para los niños, llorar, quejarse, agitarse e inquietarse significa usualmente que algo está mal. Los síntomas por lo general no son tan claros en las personas ancianas que no sienten dolor u otros síntomas de modo tan agudo como las más jóvenes. Por lo tanto es importante que la persona que les cuida les observe cuidadosamente y les pregunte como se sienten. Esto, se debe hacer cada vez que se les presta atención personal de manera que se puedan notar los cambios.

Señales y Síntomas de Problemas

Señales y síntomas que pueden indicar problemas y que requieren atención profesional.

- **Los Sistemas Esqueletales y Musculares:** hinchazón de los ligamentos y las extremidades alrededor de las articulaciones; la persona hace muecas cuando se mueve; movimientos lentos; magulladuras de la piel, o zonas descolorantes, brillantes, rojas o calientes sobre una articulación hinchada; pérdida de fuerza, sensibilidad al tacto.

- **La Piel: cambio de color; hinchazón;** cambio de textura; viscosidad o humedad al tacto; placas secas, grasosas, blancas, escamosas; marcas como lunares, cicatrices o verrugas; cambio de la temperatura; llagas, heridas, edemas; olor; condición del pelo - grasoso, seco, quebradizo, infestaciones y pérdida; cuero cabelludo - escamoso, caspa, rojo.

- **El Sistema Circulatorio:** edema en los tobillos y pies; color azul o blanco de las matrices de las uñas, los labios, pies o manos; hinchazón o nudos duros en los ganglios linfáticos del cuello, la ingle o la axila; cambios en el pulso - más ligero, más despacio, irregular, débil o fuerte.

- **El Sistema Respiratorio:** el cambio repentino en el ritmo de la respiración; la respiración - difícil, superficial o ruidosa; la tos; el esputo - blanco, amarillo, olor, espeso o líquido; la nariz - congestionada, sangrando, seca, desaguando; la garganta - adolorida, manchas rojas o blancas; las amígdalas hinchadas, dificultad para tragar.

- **El Sistema Digestivo:** la boca y la lengua - roja, hinchada, manchadas, mal aliento; las encías morbosas o sangrantes; la lengua con líneas o una capa; hendiduras en la esquina de la boca. El estómago - hinchado, náusea o vómitos; no querer comer o pobre apetito; la sed excesiva. Los intestinos -hinchados, retortijones. El recto - diarrea; excremento negro, color de barro y mezclado con sangre; dolor al defecar.

- **El Sistema Nervioso:** temblor de las extremidades o el cuerpo; los ojos -sensitivos a la luz; apagados, brillantes, ojos lacrimosos ensangrentados, amarillentos, húmedos o vidriosos; los oídos - descarga; la persona tira de su oreja (como si le doliera); lentitud al reaccionar; no se puede despertar a la persona fácilmente después de sufrir una lesión de la cabeza.

- **El Sistema Urinario:** los orines amarillos, color de moho, rojos, con sedimento; orinar frecuentemente; la dificultad de empezar a orinar; una cantidad pequeña o grande de orines con la sensación de que uno tiene que orinar urgentemente; gotear; la vejiga no se vacía totalmente.

- **El Sistema Reproductivo:** la descarga vaginal - verde, amarillosa, o blanca; consistencia parecida al queso; aguada; olor. Los Pechos- una masa o hinchazón; descarga de los pezones; el cambio en el contorno. El pene-una descarga amarilla o blanca. Los testículos- masas o hinchazones.

- **El Sistema Endocrino:** los indicios se reflejan en otros sistemas como por ejemplo la persona está tomando más líquido, orina frecuentemente, tiene la piel seca y cambios de ánimo.

- **La Conducta:** la personalidad en general no cambia con la edad. Sin embargo, hay que dar atención a los cambios siguientes en la conducta o el ánimo, si no son normales en la personalidad del individuo: crítica excesiva, irritabilidad, retraimiento, exigencia, abuso, llanto, agresividad, inquietud, hostilidad, ansiedad, huraña, depresión.

Cómo Dar Cuidado Personal

El Anciano Que Guarda Cama.

Una persona puede estar postrada en cama por varias razones. Puede ser que tuviera cirugía, que se esté recuperando de un ataque cerebral, que tenga una enfermedad de larga duración, como el cáncer, que tenga una enfermedad de corta duración como la influenza o puede estar débil. Es importante satisfacer las necesidades humanas del anciano como lo son el amor y el cariño, el reconocimiento, la aceptación, la seguridad, la confianza, la socialización, la comida, la ropa, el albergue, el descanso, la actividad, el evitar el dolor y el escapar del peligro.

Las personas que les cuidan deben prestar atención especial al ambiente que rodea a la persona que guarda cama. No se debe permitir que fume en la cama a menos que esté alguien presente en su habitación. Cosas básicas tales como la buena iluminación y un sistema para avisar a un miembro de la familia (que no tiene que ser más que una campanita o un vaso con una cuchara) deben estar fácilmente a su alcance. Se debe examinar los cables eléctricos para ver si están pelados o tienen conexiones flojas. Hay que ventilar el cuarto si tiene calefacción con gas. Todos los calentadores deben tener un protector para evitar que los objetos toquen los muelles o las llamas. Se debe evitar que haya corrientes de aire. La persona que está de cama y todos los miembros de la familia deben estar familiarizados con una ruta de escape en caso de fuego. Se debe instalar detectores de humo. En algunas comunidades,

el departamento de bomberos coloca rótulos especiales en las ventanas de las personas incapacitadas.

La Mecánica del Cuerpo y Cómo Levantar a una Persona.

Antes de levantar a una persona, los que le cuidan deben repasar los principios de la mecánica del cuerpo. Una buena postura debe ser mantenida en todo momento: la cabeza levantada, las nalgas y los músculos del estómago apretados, el pecho alto y los hombros hacia atrás.

Use una base ancha de apoyo, con los pies separados y un pie hacia el frente, cuando está parado por un período largo de tiempo. Cuanto más ancha y firme sea la base de apoyo, tanto más bajo estará el centro de gravedad y más facil será mantener el balance.

Mantenga la espalda recta y las rodillas y caderas dobladas. Cuando usted se doble para alcanzar un objeto, use los músculos largos de las piernas para mayor fuerza. Nunca se doble desde la cintura para coger o mover a una persona. Trabaje con la gravedad, no en contra de ésta.

Ponga las puntas de los pies en la dirección del movimiento para mover hacia el lado y hacia el frente. Esto previene que la columna sea torcida y permite moverse manteniendo los segmentos del cuerpo en buena posición.

Quédese cerca de la persona para conservar energía y prevenir lesiones. Si es posible trabaje al nivel de la cintura. La comodidad y la postura son importantes para la persona que guarda cama. La comodidad es mayor si uno coloca el cuerpo de la persona correctamente siguiendo los contornos normales.

Procedimiento:

- Provea apoyo a las curvas de la columna poniendo una almohada bajo la cabeza y el cuello; la almohada debe alcanzar hasta los hombros.
- Ponga una almohadilla pequeña aplastada tal como una toalla enrollada, bajo la parte inferior de la espalda.
- Apoye las articulaciones del cuerpo, con almohadas o toallitas, o paños para lavarse enrollados.
- Se deben apoyar las piernas para aliviar la presión sobre las articulaciones de las caderas con una almohadilla pequeña puesta bajo los tobillos y las rodillas de la persona para prevenir la presión sobre los talones y las piernas. Si la persona no puede moverse, cambie su posición al menos cada hora. Esto ayuda a:[1]
  - mejorar la circulación
  - mejorar el tono muscular
  - prevenir las deformidades de las articulaciones
  - proveer algún cambio
  - prevenir úlceras por decúbito (presión)
  - prevenir tensión y cansancio.

Una persona que tiene que guardar cama, a menudo experimenta un tremendo trastorno emocional debido a su inactividad y dependencia. Ayude a la persona a expresar sus sentimientos y anímele y alábele a menudo.

Colocar a la Persona en una Posición Reclinada o sobre su Espalda.

Se puede lograr la posición reclinada si se levanta el cabezal de la cama o si se levanta la persona hasta que quede sentada, enlazando sus brazos con los de ésta. Use un soporte para la espalda o almohadas para mantener esta posición. Ponga una almohadilla pequeña aplastada bajo la parte inferior de la espalda de la persona y una almohada bajo cada brazo para darle apoyo. Añada un rollo para la mano hecho de una paño para lavarse, si la persona tiene la tendencia a cerrar su puño cuando la mano está paralizada. Use una almohadilla o una almohada a los lados de las caderas para evitar que los pies giren hacia afuera.

El procedimiento para acostar la persona sobre su espalda es igual excepto que el soporte para la espalda y las almohadas se quitan y/o la cama se baja. Ponga una

[1] Henderson, Virginia and Gladys Nite. Principles and Practices of Nursing, 6th ed., New York, 1978, MacMillan Company, p. 732

almohada bajo la cabeza de forma que llegue hasta los hombros para mantenerlos hacia el frente.

Pida a otros miembros de la familia que le ayuden a virar y poner a la persona en la posición deseada. Si no hay alguien que le pueda ayudar, debe siempre virar a la persona hacia usted.

Procedimiento:

- Explique al anciano lo que va a hacer.
- Mueva la persona hacia el lado de la cama que queda cerca de usted.
- Doble los brazos de la persona y póngalos sobre el pecho.
- Junte y doble las rodillas de la persona mientras da apoyo a las articulaciones en la superficie inferior. Ponga una mano sobre la cadera y la otra sobre el hombro de la persona.
- Vírele delicada pero rápidamente de la espalda hacia el lado.
- Ajuste la almohada para la cabeza de manera que alcance hasta los hombros.
- Colóquele los brazos en una posición cómoda, ya sea a los lados del cuerpo o levantados.
- Si es necesario, use rollos para las manos.
- Ponga una almohada detrás de la persona a la altura de la cintura para evitar que se mueva hacia atrás.

La Eliminación de los Desperdicios del Cuerpo

Los desperdicios del cuerpo se eliminan a través del sudor, evaporación de los pulmones, defecación y orina. La persona que está de cama, puede estar preocupada sobre la eliminación por medio de sus riñones e intestinos. Esto es cierto sobre todo en el caso de los ancianos. Esté consciente de sus preocupaciones y responda rápidamente a sus necesidades. Cuando ofrezca la chata (bedpan) o el orinal a un anciano, considere la privacidad de éste y la necesidad de hacerle sentir cómodo.

Procedimiento para el uso de la chata:

- Caliente la chata con agua caliente de la llave y séquela.
- Cubra la chata con un periódico o un paño para lavarse cuando la lleva a la persona.
- Ponga protección adicional en la cama aun cuando esté usando una sábana plástica o de goma sobre el colchón; puede poner un paño adicional o un periódico bajo las caderas de la persona.
- Eche polvos de talco o almidón de maíz sobre el asiento de la chata para facilitar el sentarse y levantarse. Si la persona es delgada, añada una almohadilla para acojinar el asiento (puede usar una toalla sanitaria o un paño suave).
- Ponga la chata sobre la cama cerca de las caderas de la persona con la parte abierta hacia los pies de la cama.
- Doble las cubiertas hacia un lado para evitar que se ensucien y cubra la persona parcialmente con la sábana o la frazada para prevenir que sienta frío y para proveerle privacidad.
- Si la persona necesita ayuda para levantar las caderas, pídale que doble sus rodillas. Ponga una mano bajo la parte inferior de la espalda y, cuando le dé la señal, empuje las caderas de éste hacia arriba mientras que él empuja hacia abajo con sus manos y talones. Con la otra mano, ponga la chata bajo las caderas y ajústela a la comodidad de la persona.
- Si es posible ayude a la persona a sentarse y ofrézcale papel sanitario y un objeto para que pueda llamarle; entonces salga de la habitación para darle privacidad. Recuérdele al paciente que se limpie desde el frente hacia atrás para evitar que entren gérmenes a la vagina y la vejiga.
- Ayude a limpiar cuidadosamente.
- Aplique un poco de polvos de talco.
- Para quitar la chata, pida a la persona que doble las rodillas y empuje hacia abajo con sus talones.
- Quite el material para proteger la cama, cubra la chata y llévela al baño.
- Ayude a la persona a lavar sus manos.
- Póngale en una posición cómoda.
- Inspeccione el contenido de la chata.

- Enjuague la chata con jabón y agua, cúbrala y guárdela.

Procedimiento para el uso del orinal:

- Pónga algo bajo las caderas de la persona para protegerla.
- Ofrezca el orinal a la persona. Si es desválida, póngalo entre sus piernas de tal forma que pueda recoger la orina.
- Provea privacidad reponiendo las cubiertas y saliendo de la habitación si el así hacerlo es seguro.
- Enjuague el orinal con agua fría.
- Lave el orinal, cúbralo y guárdelo.

Para Restablecer la Rutina de los Intestinos y la Vejiga.

Los siguientes pasos pueden ayudar a restablecer la rutina de los intestinos y la vejiga. También el buen funcionamiento de los intestinos y la vejiga puede ser mantenido por los mismos procedimientos. El médico puede recomendar un supositorio o enema para ayudar a estimular los intestinos.

Procedimiento:

- Determine cuál es el patrón normal de eliminación haciendo anotaciones por varios días.
- Ofrezca el orinal y la chata a intervalos regulares basados en observaciones y cuando la persona expresa un deseo.
- Anime a la persona para que tome mucho líquido durante el día, pero menos por la noche; la orina concentrada, que es un resultado de tomar muy poco líquido, irrita y puede causar incontinencia.
- Anime a la persona a comer comida con muchas fibras.
- Enséñele a conocer las otras señales de una vejiga llena: sudor, escalofríos, dolor de cabeza, inquietud.

El Cuidado de la Otomía

La abertura que hace el cirujano en la piel luego de remover una parte de los intestinos gruesos (colon) se llama colotomía; usando el mismo procedimiento al remover el colon completo, se llama ileotomía; y luego de remover la vejiga urinaria, se llama un desvio urinario o ureterotomía.

El cuidado de la otomía depende de donde se hace la cirugía; cuanto más cerca del final del colon se hace, tanto más parecido será el contenido de los intestinos al que era antes de la cirugía; cuanto más arriba en el colon se hace la cirugía, tanto más fluido será el contenido de los intestinos.

Las personas que han tenido cualquiera de los procedimientos quirúrgicos que resultan en una otomía, usarán una bolsa o un aparato para recoger los desperdicios del cuerpo. Existen varios tipos de estas bolsa. La persona usará el tipo de bolsa que mejor se adapte a sus necesidades y estilo de vida.

Los tipos de bolsas incluyen:

– una bolsa desechable provisional con una abertura al final para eliminar el contenido.

– una bolsa de una sola pieza que tiene una parte adhesiva unida a la abertura de la estoma.

– una bolsa de una sola pieza que tiene una pieza para montarla, está sostenida con una correa liviana y no necesita un adhesivo.

Por lo general a la persona que tiene una otomía se le enseña a cuidar de ésta antes de salir del hospital.

Se le puede pedir al proveedor de cuidado que ayude a la persona a limpiar la pie o a botar el contenido de la bolsa.

Algunos puntos para recordar son:

- Una bolsa con una abertura al final se puede enjuagar con una jeringa aséptica y no tiene que ser cambiada a menudo.
- Se necesitan dos bolsas de manera que una se ventile mientras se usa la otra.
- Algunas personas que tienen una colotomía pueden controlar bien sus intestinos y prefieren llevar solamente una gasa sobre la estoma.
- Limpie y seque la piel alrededor de la estoma y cúbrala con un vendaje de 4 por 4 pulgadas que se mantiene en su sitio sin esparadrapo.
- Los hombres pueden llevar un sostén elástico o una venda de muselina hecha en casa que se puede atar para mantener el vendaje en su sitio.

- La bolsa para la ileotomía debe estar bien ajustada debido al contenido líquido de los intestinos y al desagüe constante; debe vaciar el contenido de la bolsa cada 3 ó 4 horas y cambiarla cada 5 ó 7 días.
- Frecuentemente hay que evaluar la piel alrededor de la otomía.
- Antes de que los problemas de la piel lleguen a ser agudos, busque intervención médica.

Se debe dar consideración cuidadosa a la dieta. Experimente con los alimentos, en particular con aquellos que forman gases, como por ejemplo las nueces, las habichuelas, las cebollas, los melones, los vegetales que pertenecen a la familia del repollo, el azúcar y los dulces. Los gases que escapan de la otomía no están bajo control ya que no hay músculos que cierren la abertura. La bolsa plástica o de goma bien ajustada ayuda a controlar los olores, pero el vendaje no da protección contra el olor. Se deben evitar alimentos como las nueces, las pasas o las ciruelas que causan diarrea. Es aún más importante prevenir la diarrea en la persona que tiene una ileotomía debido a la pérdida de electrolitos importantes. Esta persona nunca debe comer coco ya que éste tiende a formar una masa y causa una obstrucción. Recuerde a la persona que mastique bien los alimentos. Después de aproximadamente seis semanas, la persona será capaz de determinar cuáles alimentos puede tolerar.

Comuníquese con su médico o la enfermera de salud en el hogar si la persona tiene diarrea. La persona no debe irrigar la otomía cuando tiene diarrea. La persona que tiene una colotomía nunca debe tomar un laxante.

La reacción emocional a la pérdida del control sobre los intestinos requiere mucho apoyo y comprensión. Es importante escuchar bien. Otra persona que se ha adaptado bien a su colotomía a menudo provee mucha ayuda al demostrar que puede vivir bien con ella. Puede hacer contactos en su comunidad por medio de la American Cancer Society ó la "United Ostomy Association".

Una parte del proceso de sentirse afligido por la pérdida de una parte del cuerpo puede haber ocurrido antes de que la persona salga del hospital. Es importante ayudarle a expresar sus emociones ya que es posible que todavía no acepte la cirugía y rechace la estoma. Trate de ayudarle a sentirse tan tranquilo como sea posible. Ayúdele a comprender que las emociones adversas afectan los movimientos de los intestinos y el control de los mismos. La persona que le cuida debe tener mucho cuidado de no demostrar una reacción de disgusto hacia la estoma. La persona tiene que sentirse aceptada por los que le rodean, en particular por los que le cuidan.

Infección y Contaminación

Los desperdicios del cuerpo pueden ser portadores de infección y uno tiene que deshacerse de ellos con cuidado para prevenir el desarrollo de una infección. Los desperdicios pueden incluir pañuelitos de papel usados, esputo, vendaje sucio, alimentos que no han sido ingeridos, excreta y vómito. Para deshacerse de los desperdicios sólidos, use unas tenazas o unas pinzas de sujetar ropa que tiene muelle. Si no tiene estos aparatos, agarre cuidadosamente la parte más limpia del material o recójalo con un papel toalla. El material sucio debe echarse en una bolsa de papel o plástico para estos fines. Doble la parte de arriba hacia abajo para proteger las manos cuando cierra la bolsa. Cuando usted no tiene una bolsa, puede hacer una de un periódico.

Los desperdicios líquidos se echan en un recipiente con tapa y luego se echan en el inodoro. Entonces hay que lavar este recipiente con jabón y agua.

Las manos pueden llevar gérmenes y transmitir infecciones y enfermedades. Cuando uno provee cuidado personal, es importante lavarse las manos para protegerse a sí mismo y a la persona a quien uno cuida.

Baño y Aseo

Los propósitos por los cuales se da un baño en la cama a alguien son:

- limpiar y refrescar a la persona y así hacer crecer su auto-estimación.
- eliminar los desperdicios de la piel y ayudar a prevenir infecciones.

- ayudar a estimular la circulación.
- proveer ejercicios pasivos y activos.

La frecuencia del baño depende de factores tales como la condición física, la edad y el tipo de piel de la persona. El cuerpo del anciano produce menos aceite y sudor, por lo tanto, no es necesario bañarle diariamente con jabón. El lavado del recto, los órganos genitales y las axilas puede ser lo único que hay que hacer. El baño con una esponja y agua fresca puede ser necesario si la persona suda profusamente.

Unos puntos a seguir al bañar una persona:

- Escoja una hora para el baño que sea conveniente para la familia y la persona.
- Asegúrese que la habitación esté caliente y las cosas que se va a usar están organizadas.
- Mantenga a la persona caliente con una sábana o frazada mientras que le está bañando.
- Ponga una toalla debajo de la parte que está bañando para mantener seca la cama.
- Cambie el agua cuando esté sucia, jabonosa o fría.
- Pruebe la temperatura del agua con la parte interior de la muñeca para asegurarse que no está demasiado caliente.
- Provea a la persona tanta privacidad como sea posible.
- Durante el baño evalúe la condición de la persona. Tome nota de los cambios en la piel.
- Use poco jabón.

Anime a la persona a que participe en el baño. Si lo hace, le sirve de ejercicio y además crece su auto-confianza al hacer cosas por sí mismo.

Procedimiento:

- Explique lo que va a hacer y las razones para las distintas técnicas.
- Ponga una cubierta sobre la cama para usarla como una frazada de baño. Una frazada de baño se puede hacer cosiendo algunas toallas grandes. Saque las cubiertas de la cama que están debajo de la frazada de baño. Si es necesario ayude a quitar la ropa de cama.
- Ponga una toalla debajo de la cabeza de la persona. . .
- Enrolle el paño para lavar alrededor de los dedos y la palma, aguantándolo con el pulgar; doble la parte que sobresale de los dedos y métalo bajo la parte de abajo del paño. (Esto evita que los extremos están colgando lo cual puede molestar un poco a la persona).
- Lave la cara desde el centro hacia fuera con un movimiento firme, y a la vez delicado. Use agua clara, excepto cuando la piel es aceitosa. Algunas personas prefieren cremas para limpiar.
- Lave, enjuague y seque las orejas.
- Ponga una toalla debajo del brazo y otra cerca de la mano y la vasija.
- Ponga la mano en el recipiente de agua; déjela remojar mientras que se lava el brazo.
- Lave y enjuague el otro brazo y remoje la otra mano, seque cuidadosamente, especialmente entre los dedos. Empuje las cutículas hacia atrás y limpie bajo las uñas.
- Ponga la toalla sobre el pecho y el abdomen; baje la cubierta del baño hacia las caderas.
- Lave, enjuague y seque el cuello, el pecho y el abdomen. Cubra el pecho y abdomen.
- Quite la cubierta del baño a la pierna y ponga una toalla debajo de la pierna.
- Ponga una toalla debajo del recipiente de agua cerca del pie.
- Ponga el pie en el recipiente de agua para remojarlo ya que esto ayuda a suavizar las uñas y la piel.
- Lave, enjuague y seque la pierna.
- Repita estos pasos con la otra pierna.
- Seque cuidadosamente entre los dedos.
- Fíjese en los pies y use una piedra pómez o una lima de uñas para suavizar los callos. Limpie debajo de las uñas.
- Vire la persona hacia el lado; cubra la espalda y las nalgas con una toalla.
- Empuje la toalla para que quede debajo de las nalgas y la espalda.
- Lave, enjuague y seque la espalda y nalgas; cúbrale la espalda.

- Use agua limpia para lavar los órganos genitales.
- Enseñe a la persona a lavarse cuidadosamente entre las nalgas y los órganos genitales. Enjuague y seque bien. Recuerde a la mujer que debe lavarse desde el frente hacia atrás para evitar llevar gérmenes de la zona rectal hacia la vagina y la vejiga. Si la persona no puede lavar sus nalgas y órganos genitales, el proveedor de cuidado debe completar esta parte del baño por ella.
- Si así lo desea, aplique polvo o loción para el cuerpo.
- Lime o corte las uñas con cuidado y eche los recortes en un papel toalla.
- Enseñe a la persona que tiene una sonda urinaria o una otomía a lavarse con mucho cuidado.

Para Ayudar a Prevenir Ulceras por Decúbito (presión)

- Ayude a la persona con el ejercicio o la actividad que el plan de cuidado desarrollado por el médico le permite hacer.
- Cambie la posición de la persona frecuentemente, si ésta no puede moverse.
- Asegúrese que la sábana de abajo está estirada de forma que esté lisa, y examine si hay alguna cosa que pueda irritar la piel como migajas y arrugas.
- Mantenga la piel de la persona limpia y seca.
- Aplique masaje frecuente a las zonas de presión para estimular la circulación, incluyendo las zonas donde hay huesos como el coxis, las espaldas, los talones y los codos.
- Puede ponerse bajo la persona una cubierta de piel de oveja o de ante lavable para ayudar a absorber la humedad, aliviar la presión y proteger la piel contra la irritación; caucho (goma) espumoso bajo las prominencias óseas también puede ayudar a aliviar la presión.
- Estimule a la persona a alimentarse bien para ayudar a nutrir y curar los tejidos del cuerpo.
- Informe al médico sobre cualquier enrojecimiento en las zonas de presión.

El Lavado del Cabello de la Persona Encamada

Se puede lavar el cabello de una persona mientras está sentada o acostada sobre su espalda en la cama. Las personas con enfermedades del corazón o de la respiración pueden necesitar que se les mantenga la cabeza levantada. El lavado del cabello mejora la apariencia, aumenta la circulación del cráneo y hace que la persona se sienta mejor.

Se necesita una cubeta para proteger la cama y dirigir la corriente del agua desde la cabeza hacia el cubo. Se puede hacer una cubeta de una caja de lados bajos plástica de forma rectangular. Corte un pedazo curveado de un extremo y saque el otro extremo. Forre el borde curveado con un paño. La caja plástica debe ser suficientemente larga como para dirigir el agua hacia el cubo. Se debe proteger la cama con periódicos y una sábana plástica. También se puede hacer una cubeta usando de seis a ocho capas de periódicos con los bordes de los lados enrollados hacia el centro y cubiertos con una hoja plástica de 36 por 24 pulgadas enrollada para dirigir el agua hacia el cubo.

Procedimiento:

- Examine la temperatura de la habitación.
- Ponga una toalla alrededor de los hombros.
- Ponga la cubeta bajo la cabeza con el desague hacia el cubo en el piso.
- Aplique suficiente agua para mojar el cabello (se puede usar un jarro).
- Enjabone bien, trabajando desde el frente hacia atrás.
- Enjuague bien.
- Trabaje ligero de manera que la persona no tenga escalofríos; evite corrientes de aire.
- Seque con una toalla o una secadora de pelo.

Se puede usar champú seco que se puede conseguir en tiendas de cosméticos. Siga las direcciones en el producto. Rocíe o aplique a secciones pequeñas del cabello y cepille.

Cuidado Especial de los Pies

Algunas personas que están enfermas por

mucho tiempo o que tienen condiciones que afectan la circulación y la ambulación pueden necesitar cuidado de los pies. Examine los pies para observar cualquier apariencia inusitada como hinchazón o descoloramiento de las uñas. Tome nota de cualquier diferencia en temperatura entre un pie y el otro.

Procedimiento:

- Observe cuidadosamente los pies.
- Primero remoje los pies, si solamente va a cuidarse los pies.
- Limpie debajo de las uñas.
- Use una piedra pómez o una lima de uñas para suavizar los callos y las uñas.
- Aplique masaje con una loción a los pies y las piernas para aumentar la circulación.
- No corte las uñas de los pies si los pies necesitan cuidado especial. Esto debe ser hecho por un profesional.
- Seque con cuidado entre los dedos.

Afeitar un Hombre con una Navaja de Seguridad

Se puede afeitar a la vez que baña a la persona. Si es posible, se debe animar al hombre para que él mismo se afeite. Es más conveniente usar una máquina eléctrica de afeitar. Si hay que usar una navaja de seguridad, asegúrese que usted tiene:

- una navaja con una hoja nueva
- jabón de afeitar
- agua caliente en una vasija
- una toalla y un paño para lavar

Procedimiento:

- Ponga una toalla sobre el pecho.
- Lave la cara con jabón y agua, dejándola húmeda.
- Frote jabón de afeitar sobre la barba; no use jabón regular.
- Tire de la piel para que quede bien estirada sobre la zona a ser afeitada.
- Con unos movimientos delicados y cortos, afeite en la dirección que crece el pelo.
- Enjuague la navaja a menudo.
- Enjuague la cara de la persona y aplique

Masaje de la Espalda

Los masajes de la espalda aumentan la circulación, relajan la persona y contribuyen a que la persona se sienta cómoda.

Procedimiento:

- Explique lo que va a hacer.
- Mirando hacia el cabezal de la cama, ponga el pie exterior levemente hacia adelante y la rodilla levemente doblada de manera que usted pueda balancearse cuando aplica presión.
- Acueste a la persona boca abajo.
- Frote loción o crema en sus manos para que se caliente y luego aplíquela a la espalda de la persona.
- Aplique presión con las palmas de ambas manos empezando en la parte inferior de la espalda y moviendo hacia arriba, use movimientos largos, firmes, pero delicados deslizando hacia arriba, hacia los lados y hacia abajo.
- Fíjese en las zonas de huesos prominentes y aplique el masaje delicadamente alrededor de ellas.

Cuidado de la Boca

El cuidado de la boca hace que la persona se sienta limpia y bien, y previene la enfermedad de las encías, las cavidades y el mal aliento.

El equipo que se necesita:

- un cepillo de dientes blando
- una toalla
- pasta de dientes (bicarbonato de soda y sal, o dentífrico)
- hilo dental
- un vaso de agua fría
- una vasija para escupir o un envase vacío
- una pajita para tomar
- un pedazo de algodón
- un humedecedor para los labios y la boca (opcional)

Organice el equipo y póngalo al alcance de la persona. Anímele para que ella misma haga lo más que sea posible.

Procedimiento para lavar la boca:

- explique lo que va a hacer.
- Si es posible, ayude a la persona a sentarse en la cama; si esto no es posible; con la cama en posición horizontal, coloque a la persona lo más posible sobre el abdomen para que la saliva y el líquido puedan salir de la boca.
- Ponga una toalla bajo la cabeza.
- Ponga la vasija para escupir al lado de la cabeza.
- Cuidadosamente cepille los dientes y la lengua.
- Ponga el cepillo a un ángulo contra la línea de la encía.
- Cuidadosamente cepille con movimientos cortos las superficies exteriores e interiores de cada diente.
- Cepille las superficies usadas para masticar; ponga el cepillo en dirección vertical para cepillar el lado interior de los dientes del frente y las encías.

Procedimiento para usar el hilo dental:

- Saque aproximadamente 18 pulgadas de hilo dental y enrolle la mayor parte alrededor del dedo del medio de una mano y el resto alrededor del mismo dedo de la otra mano de manera que una pulgada del hilo dental quede entre las manos.
- Guíe el hilo dental con el pulgar y el dedo índice; puede usar un aparato especial que sujeta el hilo dental para llegar a las muelas.
- Cuidadosamente coloque el hilo dental entre los dientes, como si estuviera serruchando.
- Ponga el hilo dental alrededor del diente en la forma de la letra "C", y llévelo hasta que toque la encía.
- Mueva el hilo dental cuidadosamente en el espacio entre el diente y la encía; aguante el hilo dental, póngalo alrededor del próximo diente y ráspelo.
- Repita el proceso para cada diente.

El Cuidado de la Dentadura Postiza

La persona que tiene dentadura postiza puede necesitar ayuda para cuidarla. Hay que animarle para que la use la mayor parte del tiempo, pero al menos una vez al día tiene que quitarla para limpiarla.

Procedimiento:

- Lave las manos antes y después de tocar la dentadura postiza.
- Use un pañuelo de papel para coger la dentadura postiza.
- Póngala en un recipiente lleno de agua.
- Limpie la dentadura postiza sobre una vasija con agua para evitar que se astille.
- Use un cepillo para dentadura postiza o un cepillo de dientes blando y artículos de limpieza como el peróxido o bicarbonato de soda y agua.
- Guarde la dentadura postiza en líquido para evitar que se deforme.
- Aplique pasta dental o adhesivo para la dentadura postiza según sea necesario.
- Lleve enjuague bucal y una vasija a la persona de manera que ésta pueda enjuagar su boca antes de reponer la dentadura postiza. Examine las encías y la lengua para ver si hay llagas y depósitos de comida.
- No olvide examinar la dentadura postiza para ver si está astillada o tiene superficies ásperas.

Hacer la Cama Mientras la Persona Está en la Cama

- Una cama limpia y fresca es una parte esencial del cuidado y aseo personal para la persona que guarda cama.
- Escoja la hora conveniente para hacer la cama; luego del baño puede ser el mejor momento.
- Consiga todas las cosas que necesita.
- Ponga las sábanas sucias en una bolsa, una canasta, o una silla protegida con un periódico, pero nunca en el piso donde podría contaminarse.
- Guarde las sábanas sucias en una canasta cerrada hasta que se les lave.
- Ponga una tabla bajo el colchón para hacerlo más firme.
- Use una cubierta a prueba de agua para el colchón si necesita protección adicional.

- Use frazadas calientes de poco peso.
- Las almohadas han de ser suficientemente firmes como para mantener la posición del cuerpo, pero a la vez blandas para que ofrezcan comodidad.
- No ajuste las sábanas y frazadas de forma tan apretada que hagan presión sobre los dedos y los pies.

Cómo Levantar a Una Persona de la Cama

Antes de salir de la cama, una persona debe ser capaz de sentarse sin sentirse mareada. La persona ha de tener también suficiente fuerza para pasar de la cama a una silla.

Procedimiento para Enseñar a la Persona a Sentarse:

- Explique primero los pasos.
- La persona tiene que moverse hacia un lado, mirando hacia la orilla de la cama.
- Gradualmente la persona deja caer las piernas sobre la orilla de la cama mientras que empuja con el codo más cerca de la orilla de la cama hacia abajo.
- Cambie el peso hacia la mano y empuje hacia abajo para llevar la espalda hacia una posición erecta. A la misma vez, empuje hacia abajo con la otra mano para mayor ventaja.

Procedimiento para Ayudar a la Persona a Sentarse.

- Explique lo que va a hacer.
- Ayude a la persona a doblar las rodillas.
- Párese mirando al cabezal de la cama con el pie del lado de afuera hacia el frente.
- Enlace los brazos con la persona poniendo el brazo más cercano suyo bajo el brazo más cercano de la persona con su mano sobre la espalda de ésta.
- Eche su cuerpo hacia atrás y tire de la persona hasta que esté sentada.
- Examine si la persona está mareada; si éste es el caso, siga apoyándola.
- Es de esperar que se sienta un poco mareada. Si el mareo continúa por más de unos minutos, acueste a la persona en la cama nuevamente.
- Enseñe a la persona a sostenerse con sus brazos colocados detrás de sí misma.

Puede ser necesario poner una banqueta si la cama es demasiado alta para que los pies de la persona estén apoyados sobre una superficie mientras que está sentada a la orilla de la cama. Se puede hacer una banqueta juntando con cinta adhesiva latas grandes de jugo o néctar. Cúbralos con algodón o material blando como medias de nilón. Pegue cartón a los lados y la parte de arriba de las latas. Cubra la banqueta con una toalla o un paño plástico adhesivo. Cubra la parte de abajo de la banqueta con un material que evite que el aparato resbale.

Se puede improvisar una bata de baño de una frazada haciendo un doblez de aproximadamente 6 a 8 pulgadas a lo largo de la frazada hacia la espalda de la persona y juntando las puntas al frente con un imperdible. Coloque un extremo de la frazada sobre cada muñeca y doble hacia atrás varias pulgadas para hacer los puños[1]

Procedimiento para Pasar a la Persona de la Cama a una Silla:

- Explique lo que va a hacer.
- Ayude a la persona a ponerse los zapatos o chinelas.
- Use una silla fuerte con brazos y suficientemente baja para permitir que los pies de la persona toquen bien el piso. Si se usa una silla de rueda, asegúrese que la misma es fuerte y está en buenas condiciones.
- Ponga la silla a la orilla de la cama del lado más fuerte de la persona. Si se usa una silla de ruedas, ponga los frenos y ponga los descansos para los pies de forma que no molesten[2]
- Párese frente a la persona para ayudarle si ésta fuera a caerse.

[1] American Red Cross. Family Health and Home Nursing. New York. Doubleday and Company, Inc., 1979. p. 524.
[2] Sine, Robert (ed) et Al. Basic Rehabilitation Techniques. Germantown, MD; 1977. p. 67

159

- Dígale que tiene que inclinarse levemente hacia adelante, empujar la cama hacia abajo con las manos, enderezar sus piernas y luego levantarse[3]
- Dígale que al ponerse de espalda hacia la silla deber tomar pasos pequeños hasta que la parte trasera de sus piernas toquen la silla.
- Indíquele que debe apoyarse sobre los brazos de la silla y bajarse hacia la silla, inclinándose levemente hacia el frente al sentarse.
- Hágale mover sus caderas hacia atrás y sentarse firmemente[4]
- Siga el mismo procedimiento pero invierta el orden para salir de una silla.

Cómo Ayudar a una Persona a Caminar

Es posible que haya que aprender de nuevo a caminar. Una vez que la persona puede levantarse, salir de la cama, sentarse y levantarse de una silla, puede sentirse lo suficientemente fuerte como para caminar. Antes de que trate de caminar debe haber recobrado casi toda la fuerza. Es importante que la persona que está cuidando a otra evalúe la condición de ésta para determinar cuando se puede aumentar la actividad. La persona que camina luego de haber estado de cama necesita ser vigilada con mucho cuidado.

El procedimiento y las precauciones que se requieren con una persona enferma y débil:

- Explique a la persona lo que va a hacer.
- Hágale usar zapatos con tacones bajos y suelas que no resbalan.
- La persona debe practicar a estar de pie apoyándose para mantener el balance.
- La persona debe practicar a cambiar el peso, usando cosas para apoyarse firmemente a cada lado; puede usar dos sillas.
- Camine con la persona cuando ésta comienza a caminar. Si no está incapacitado, hágale llevar una correa que está bien amarrada para tener algo que usted puede agarrar. Esta provee estabilidad y podría ser usada para usted tirar de la persona hacia usted si ésta se desmayara.
- Si hay debilidad de un lado, camine del lado débil, y un poco detrás de la persona. Ponga la mano más cercana a la persona sobre la cadera del lado fuerte de la persona y la otra mano frente al hombro del lado débil. Se puede tirar de la espalda hacia atrás y empujar las caderas hacia el frente para ayudar a la persona a mantener una buena postura o se puede tirar de la persona hacia usted si ésta se desmayara y no se le pudiera sostener erguida.
- Ayude a la persona a seguir su patrón normal al caminar.
- Un bastón o un andador puede ayudar a la persona.

La persona que puede caminar sentirá que tiene mucho más control sobre lo que le pasa. Por lo general sentirá que va progresando bien hacia un mejor estado de salud. El proveedor de cuidado notará que cuando la persona empieza a caminar la necesidad de calmantes disminuye, la eliminación de los desperdicios del cuerpo mejora, y la persona tiene mejor apetito.

El Cuidado del Anciano Ambulatorio

Se debe animar a la persona ambulatoria a que haga lo más que pueda en cuanto a su cuidado personal. Muchas personas tienen un verdadero sentido de logro cuando son capaces de bañarse en la bañera o la ducha. Esto provee también ejercicio y estimula la circulación. Solamente cuando la persona está lo suficientemente fuerte y el plan de cuidado aprobado por el médico lo permite, se debe considerar que ésta se bañe por sí misma.

Puntos Especiales para Proveer Seguridad al Bañarse

- Prepare el agua y la habitación antes de que la persona entre al cuarto de baño. Pruebe el agua con la parte interior de la muñeca. La piel del anciano a veces no siente la temperatura del agua. El agua caliente dilata los vasos sanguíneos, baja la presión de la

[3] Ibid.
[4] Ibid.

sangre y así aumenta el riesgo de que el anciano se desmaye, se maree o se confunda.

- Asegúrese que la habitación está caliente y que hay jabón, un paño para lavarse y una toalla. Se debe poner una banqueta o una silla con goma en las puntas de las patas en la bañera. También se puede poner una alfombrita de goma en el piso de la bañera para disminuir el riesgo de caídas.

Procedimiento para pasar a la bañera:

- Explique el procedimiento.
- Ponga una silla de espaldar recto o una silla de ruedas de frente a la bañera.
- Deje espacio para que la persona pueda levantar sus pies para ponerlos en la bañera.
- Asegúrese que la silla esté firme; ponga los frenos si está usando una silla de ruedas.
- Haga que la persona levante o ayúdele a levantar un pie a la vez sobre el borde de la bañera.
- Indique a la persona que debe agarrar el borde de la bañera y deslizarse con cuidado de la silla hacia el borde de la bañera. Si es necesario ofrezca apoyo desde atrás poniendo sus manos alrededor de la cintura. (Si es necesario, puede poner una sábana o una correa fuerte alrededor de la cintura para proveer un apoyo firme).
- Haga que la persona se deslice desde el borde de la bañera hacia la banqueta que está en la bañera, ayudándole si es necesario. O, ayúdele a bajar con cuidado hasta el agua mientras que continúa aguantando la barra de mano y el borde de la bañera.
- Lave y seque, ayudando si es necesario.
- Deje el agua salir de la bañera antes que la persona se levante.
- Ponga la silla de frente a la bañera.
- Para salir de la bañera, pida a la persona que se aguante de la barra de mano, sosteniéndola alrededor de la cintura si es necesario, y ayudándola hasta que esté sentada en el borde de la bañera.
- Ayúdele a pararse y siga el procedimiento para sentarse en la silla como fue demostrado previamente.

Si la persona está débil después del baño, debe regresar a la cama a descansar. Lo que falta del aseo y otro cuidado personal, cómo lavarse la boca, se puede hacer cuando se sienta mejor más tarde en el día. Los utensilios para el aseo se pueden llevar al cuarto de baño.

Se puede hacer la cama y arreglar o limpiar la habitación mientras la persona está sentada en la silla o está bañandose. Es más fácil hacer la cama cuando la persona no está acostada en ésta.

II. Acción en Caso de Emergencia

Seguridad

Se necesita tomar precauciones cuando hay una persona enferma o incapacitada en la casa. Examine los pisos, las escaleras, los pasillos, el cuarto de baño y la cocina para que estén libres de obstáculos. Examine las escaleras para asegurarse que la superficie no resbala, que los bordes de los escalones están marcados, y que hay buena iluminación. Se recomienda usar luces de noche en la habitación de la persona, en el pasillo y el cuarto de baño. También es útil tener una linterna al lado de la cama. La iluminación debe ser más fuerte para los ancianos ya que la habilidad para ver se deteriora con la edad.

Se debe quitar y guardar alfombras pequeñas que están sueltas. Inspeccione para ver si hay losetas o alfombras sueltas que puedan causar caídas.

Los pisos no han de estar demasiado pulidos ya que ello hace peligroso el caminar.

Se debe equipar la bañera con barras de mano y tiras de goma no resbaladizas. Las barras de manos en el inodoro también pueden ser necesarias, dependiendo del grado de la incapacidad. Estas han de estar firmemente montadas a la pared para la seguridad de la persona.

Asegúrese que los números de emergencia están indicados claramente al lado del teléfono. Incluya los números para el equipo de rescate, el departamento de bomberos, la policía, el médico, y el centro para el control de envenenamiento. También es bueno tener en casa un libro reciente de Primera Ayuda de la Cruz Roja Americana, o editado por otra agencia, para información en casos de emergencia.

Existen aparatos de Alarma Médica (Medical Alert) que marcan un número y transmiten un mensaje grabado indicando peligro cuando se activa un interruptor de control remoto, que se puede llevar hasta una distancia de 100 pies desde la unidad básica. Sin embargo, este equipo no funciona en todas las centrales telefónicas cuando el número de emergencia a marcarse es una llamada telefónica de larga distancia. Si usted quiere usar el equipo de Alarma Médica, y el número de emergencia es un número de larga distancia, comuníquese con el representante local del servicio telefónico para que le ayude.

no cuidado inmediato para salvar la vida, es la responsabilidad del proveedor de cuidado de prevenir más daño, buscar ayuda médica y mantener tranquila a la persona.

Se necesita buen juicio para dar buen cuidado de emergencia. Hay que evaluar la situación en su totalidad.

Una de las primeras decisiones es si hay que mover la persona. No trate de mover la persona. Afloje la ropa muy apretada y examine cuidadosamente a la persona.

Ocho Pasos para la Acción de Emergencia

En Orden de Acción

Rescate a la persona si hay peligro para la persona.

Restablezca o mantenga la respiración y el latido del corazón.

Controle la hemorragia profusa.

Examine a la persona cuidadosamente.

Busque ayuda médica.

Siga vigilanda a la persona hasta que haya obtenido ayuda médica.

Ocho Pasos para la Acción de Emergencia

En Orden de Acción

Rescate a la persona si hay peligro para la persona.

Restablezca o mantenga la respiración y el latido del corazón.

Controle la hemorragia profusa.

Examine a la persona cuidadosamente.

Busque ayuda médica.

Siga vigilanda a la persona hasta que haya obtenido ayuda médica.

No deje solo a alguien que necesita ayuda inmediata. Envíe a otra persona a conseguir ayuda. Cuando alguien necesita ayuda pero

Como Mantener y Restablecer la Respiración

La primera prioridad para el cuidado de emergencia es la de restablecer y mantener la respiración. Esto se llama resucitación de boca a boca. Se debe usar una máscara facial para prevenir exponerse innecesariamente a una enfermedad contagiosa. En una emergencia, un paño o un pañuelo limpio puede proveer el mismo efecto.

Determine primero si la persona está respirando. Esto se hace siguiendo estos pasos: eche la cabeza de la persona hacia atrás, ponga una mano bajo el cuello y levántelo con cuidado y empuje hacia atrás sobre la frente con la otra mano para abrir la vía respiratoria. Ponga su mejilla y oído cerca de

la boca de la víctima. Escuche por unos 5 segundos y note si hay respiración. Si la persona no está respirando, quítele cualquier cosa suelta que tenga en la boca y déle resucitación de boca a boca.

Procedimiento:

- Mantenga la cabeza de la persona hacia atrás y sujétele la nariz con su pulgar y dedo índice; respire hondo y abra bien la boca.
- Cubra la boca de la persona con su boca, y sople cuatro alientos grandes y rápidos, lo más ligero posible. Levante la cabeza y respire hondo después de cada serie de 4 alientos.
- Después de cuatro alientos, examine de nuevo el pulso y la respiración de la persona por un período no menor de 5 segundos ni mayor de 10. Examine el pulso en el lado del cuello de la persona más cercano a usted, poniendo los dedos en la parte más lejana del órgano de la voz en la parte del medio del cuello.
- Si la persona no tiene pulso, hay que dar resucitación cardiopulmonar (abreviación en inglés: CPR). Si usted no está adiestrado para dar CPR, siga con la resucitación de boca a boca hasta que llegue ayuda; puede ser que haya un pulso débil que no se puede detectar.

Control de la Hemorragia

La mejor forma de controlar la hemorragia profusa es manteniendo un vendaje o paño grueso sobre la herida y apretando fuertemente. Si no tiene un paño, sencillamente use la mano hasta que se consiga uno. Si la lesión es en una extremidad y no hay huesos rotos, levante la parte lesionada sobre el nivel del corazón. Sosténgala con abrigos enrollados, etc. Continúe usando estas medidas hasta que llegue ayuda.

Un Objeto Extraño en la Vía Respiratoria

La primera ayuda para la obstrucción de la vía respiratoria por un objeto extraño es otra acción en caso de emergencia. (Esta información viene de American Red Cross, First-Aid for Foreign Body Obstruction of the Airway, 1978).

No interfiera con los esfuerzos de la persona para expulsar un objeto cuando todavía es capaz de respirar o toser. Cuando hay obstrucción completa:

- Probablemente la persona estaba comiendo y puede agarrarse la garganta.
- La persona será incapaz de hablar, toser o respirar.
- Su cara se puede poner más oscura. En este caso, párese al lado y un poco detrás de la víctima.
- Ponga una mano en la parte superior dura del pecho de la víctima, e inclínele hacia el frente hasta que su cabeza esté al nivel del pecho o más baja.
- Aplique cuatro golpes sobre la espalda rápidamente uno detrás del otro, (vea más abajo).
- Aplique cuatro empujones con la mano (vea más abajo).
- Repita este procedimiento hasta que la persona pueda respirar.

Los golpes en la espalda son una serie rápida de golpes fuertes que se dan con la parte inferior de la palma de la mano sobre la columna vertebral y entre las escápulas. Esto se puede hacer mientras la persona está sentada, parada o acostada.

Procedimiento para empujones con la mano: (La Maniobra de Heimlich).

- Párese detrás de la persona y ponga el lado del pulgar de su puño, con la palma hacia abajo, en la zona un poco más arriba del ombligo de la víctima.
- Agarre el puño con la otra mano; empuje el puño en el abdomen de la víctima con un empujón ligero hacia arriba.

Cuidado de Emergencia en el Caso de Envenenamiento

El envenenamiento puede ser la causa de un colapso repentino. Vómitos y una respiración fuerte y laboriosa pueden indicar que la persona está envenenada. Estos síntomas también pueden indicar una enfermedad, una lesión interna, u otros problemas. Busque un recipiente para recoger los desperdicios para ayudar a determinar lo que la persona ha tomado o comido. Examine la boca para determinar si tiene quemaduras

químicas y examine el aliento para ver si tiene olor. Si la persona está consciente y no tiene convulsiones, haga que tome sorbos de agua o leche. Esto diluye el veneno. Si la persona se marea, no siga con la dilución. Notifique al centro de control de envenenamiento, al departamento de emergencia o al médico inmediatamente. El antídoto que está escrito en el recipiente puede ser incorrecto, por lo tanto no siga esas instrucciones. Mantenga a mano jarabe de ipecaguana, carbón activado y sulfato de magnesia, ya que el centro de control de envenenamiento puede aconsejarle que los use. También examine si la persona está respirando y prepárese a dar cuidado en caso de choque.

Cuidado en Caso de Choque

Cualquier persona que ha perdido una gran cantidad de fluidos corporales, está extremadamente enferma o malamente herida puede sufrir un choque.

Procedimiento:

- Diga a la persona que se acueste
- Manténgala tan tranquila y cómoda como sea posible.
- Mantenga la temperatura normal del cuerpo. Si está caliente, provéale sombra; si hace frío, proteja contra el frío tanto debajo como sobre la víctima.
- Levante los pies, a menos que uno sospeche que se fracturó un hueso o tiene una lesión en el abdomen o la cabeza. Nunca levante una fractura a la cual se ha puesto una férula.

Si la persona tiene una herida en la cabeza o tiene dificultad para respirar, levante solamente la cabeza y la espalda. La persona ha de estar acostada sobre la espalda, si se sospecha que tiene una fractura en la espalda.

Cuando una persona está sangrando por la boca o vomitando, vírele hacia el lado de manera que los fluídos puedan salir de la boca.

Quemaduras

Las quemaduras son otra emergencia en el hogar que requiere tratamiento de primera ayuda. (Esta información está tomada de Red Cross First-Aid Module First Aid for Burns, 1977)

Los peligros inmediatos son:

– choque

– hinchazón de los tejidos y de las vías respiratorias

– pérdida de los fluidos corporales por la zona quemada

– dolor

– muerte

La infección es siempre un peligro, especialmente si hay ampollas o pérdida de piel. La severidad de una quemadura depende de su profundidad, tamaño y localización y la condición física de la persona. Particularmente los ancianos corren mayor riesgo con las quemaduras.

Las cuatro zonas críticas del cuerpo son:

- las manos
- los pies
- la cara
- los órganos genitales

Las quemaduras en la cara, la nariz y la boca pueden indicar quemaduras en el sistema respiratorio. Este tipo de quemadura puede causar que la vía respiratoria se hinche e interfiera con la habilidad de respirar. Si esto ocurre, aplique resucitación de boca a boca o CPR, si es necesario, y consiga inmediatamente ayuda médica.

Una quemadura de primer grado afecta la capa exterior de la piel. Una quemadura de segundo grado afecta más que las capas de la superficie. Una quemadura de tercer grado pasa enteramente a través de la piel y puede quemar los tejidos que están debajo. Las quemaduras de segundo y tercer grado requiere atención médica inmediatamente.

El propósito del tratamiento de primera ayuda es:

- aliviar el dolor
- reducir la posibilidad de una infección
- reducir la posibilidad de choque.

Se puede poner agua tibia directamente sobre una quemadura superficial pequeña que no esté abierta. Enfríe la zona hasta que el dolor se ha aliviado. De forma delicada aplique palmaditas leves con gasa estéril hasta que la zona quemada esté seca. Si la

quemadura se extiende sobre una zona grande, enfríela como se indica más arriba, pero cúbrala con un vendaje estéril. Entonces se pueden aplicar bolsas frías que han de estar secas y cubiertas.

No ponga agua sobre quemaduras profundas, ya que la piel y el tejido están abiertos y hay peligro de infección.

Procedimiento para quemaduras profundas:

- Cubra con un vendaje grueso, seco y estéril.
- No quite la ropa que está pegada a la zona quemada.
- Se pueden poner bolsas frías que estén secas y cubiertas, sobre el vendaje.
- Acueste a la persona y levante la zona lesionada si ésto no causa más dolor.
- Consiga cuidado médico lo más pronto posible.

Sospecha de un Ataque al Corazón

Los ataques al corazón ocurren por lo general cuando una de las arterias que llevan sangre al corazón está obstruida. Normalmente la persona experimentará dolor y deficiencia en la respiración. El dolor está en el pecho y a menudo irradia hacia la parte izquierda de la espalda, del cuello o el brazo. La persona puede estar muy pálida o presentar una coloración azulada de los labios, la piel y las bases de la uñas de los dedos. Casi siempre la persona está en choque. El ataque al corazón puede ir acompañado de pérdida del conocimiento

Es imprescindible tomar acción inmediata cuando la presión intensa, apretadura o tirantez en el centro del pecho dura más de 5 minutos; cuando ésta irradia a todo el pecho o hacia la espalda o brazo, el cuello o la mandíbula; y cuando va acompañada de sudor, mareo, vómitos, deficiencia respiratoria o desmayo.

- Ponga la persona en una posición cómoda, como la posición sentada.
- Si deja de respirar, comience inmediatamente la resucitación de boca a boca.
- Pídale a alguien que llame a la ambulancia y que notifique al médico de la persona.
- No le dé líquido a una persona que está inconsciente.
- Si el corazón deja de latir, una persona experta en esta técnica debe darle CPR; la mayoría de los equipos de rescate y el personal de las ambulancias tienen este adiestramiento; los capítulos locales de la Cruz Roja Americana y la Asociación Americana del Corazón ofrecen adiestramiento en CPR.

Convulsiones

Las convulsiones (que también se llaman ataques) son espasmos musculares involuntarios que por lo general afectan todo el cuerpo. Durante una convulsión, la persona está inconsciente. Las convulsiones pueden ir acompañadas de una enfermedad seria o de una lesión de la cabeza o pueden ser una forma de epilepsia.

Cuando la convulsión comienza, los músculos del cuerpo estarán rígidos por unos segundos. A esta fase siguen movimientos espasmódicos y un color azulado en la cara y los labios.

La persona puede babear o echar espuma por la boca. Después de un ataque, la persona estará muy cansada y dormirá profundamente.

Medicina:	**Medicina:**	**Medicina:**
Ej: Píldora para el corazón	Vitamina	Aspirina para Artritis
(1 al día)	(1 al día)	(2-4 veces al día)
Tomado ☐	Tomado ☐	Tomado ☐
Hora _____	**Hora** _____	**Hora** _____
Día _____	**Día** _____	**Día** _____

La primera ayuda consiste de mantener las vías respiratorias abiertas y prevenir que la persona se lesione.

No aguante ni trate de detener sus movimientos. No dé líquidos; no le ponga en una bañera. No trate de ponerle algo a la fuerza entre los dientes. Mantenga las manos lejos de la boca. Aplique resucitación de boca a boca si es posible. Si hay convulsiones, llame inmediatamente al médico o lleve al paciente al hospital. Informe la duración y las características de las convulsiones al profesional de la salud.

Registro del Horario para los Medicamentos

Lleve un registro sencillo donde el proveedor informal de cuidado pueda anotar cuando la persona toma los medicamentos. Esto provee a la vez un recordatorio y un registro de los medicamentos diarios

III. Nutrición

Importancia de la Nutrición

La nutrición adecuada es básica para mantener una buena salud. Una dieta balanceada es necesaria para el crecimiento y el funcionamiento normal del cuerpo. La persona que tiene buenos hábitos de alimentación y está bien nutrida tiene la energía para llevar a cabo las actividades de la vida diaria. La buena nutrición es particularmente importante en el cuidado de los enfermos y ancianos para mantener bien los músculos; para fomentar que se curen las heridas y para la recuperación de la tensión o la enfermedad. El médico debe indicar cuales son las necesidades especiales para la nutrición del paciente.

Lo que sigue describe los alimentos nutritivos que se requieren para una buena nutrición!

- Los hidratos de carbono son un alimento importante para las calorías que se necesitan para mantener el cuerpo funcionando y para la energía que se necesita para llevar las actividades diarias. Los hidratos de carbono complejos, que se encuentran en las papas, el pan, el cereal, el arroz, las pastas (spaghetti) y alimentos similares se recomiendan especialmente. Los hidratos de carbono simples que se encuentan en azúcar, jarabes y jaleas son menos recomendables.
- Las proteínas juegan un papel importante en el crecimiento y en el reemplazo de los tejidos del cuerpo y pueden convertirse en energía si es necesario. Las proteínas se encuentran en la carne, pescado, pollo, huevos, soya, nueces, mantequilla de maní, legumbres, y habichuelas refritas. La leche y los productos lácteos son fuentes importantes de proteína.
- El propósito de las grasas es el almacenamiento de energía. A la vez las grasas proveen aislamiento y acojinamiento al cuerpo, ya que están almacenadas mayormente bajo la piel. Las grasas se encuentran en todo tipo de aceite, mantequilla, margarina, crema, carne, etc. En general, es recomendable sustituir algún aceite vegetal, alto en ácidos grasos poliinsaturables (como aceite de maiz y alazor) como también margarina alta en aceite líquido por algunas o todas las grasas de animales o las grasas de vegetales hidrogenadas que se usan para cocinar. El pescado y el aceite de pescado pueden ser una buena fuente de proteína y de ácidos grasos de peso molecular alto.
- Las vitaminas son imprescindibles para el buen funcionamiento del cuerpo. Estas difieren de los demás nutrientes porque no se usan para la energía.
- Aunque se necesitan en cantidades muy pequeñas, los minerales son imprescindibles para el funcionamiento normal del cuerpo.
- El agua contribuye aproximadamente dos terceras partes del peso total del cuerpo. Por lo tanto es necesaria para la vida.
- Las fibras son necesarias para que los intestinos funcionen bien y se encuentran en trigo tostado (bran), cereales de grano entero, frutas, y vegetales.

Planear las Comidas.

La mayor parte de los alimentos tienen más de un nutriente y ningún alimento por sí solo

[1] Adaptado de "Family Food and Daily Food Guide", Cooperative Extension Service Bulletin HS-9, University of Minnesota, 1975.

provee todos los nutrientes necesarios en la proporción correcta para mantener la salud. Una

Guía de Alimentos Diarios es una forma para seleccionar los alimentos que proporcionan los nutrientes esenciales en las cantidades recomendadas. Una dieta balanceada requiere algo de cada grupo de alimentos todos los días.

La leche provee el calcio para huesos y dientes fuertes. Dos o más tazas de leche o de leche descremada, suero de la leche sin grasa (buttermilk), leche evaporada (como bebida o usada al cocinar) o yogurt se recomiendan diariamente para los adultos.

Equivalentes de leche en calcio:

1 onza de queso cheddar = 2/3 taza de leche
1/2 taza de requesón = 1/3 taza de leche
1/2 taza de mantecado (helado) = 1/4 taza de leche

La leche se puede mezclar con otros alimentos, como budines, sopa de crema, batidos de leche, y cereales calientes. Use leche descremada como bebida y para cocinar.

Para preparar leche de doble concentración, añada leche descremada a la leche en polvo en vez de agua. Esta puede ser una forma de añadir proteína y nutrición a la dieta.

Algunas personas se quejan de que tienen gases o diarrea cuando toman leche, particularmente cuando la toman en cantidades grandes. Se dice que estas personas tienen intolerancia para la lactosa (azúcar de la leche). Por lo general pueden tolerar queso, como queso suizo o americano, y a veces el suero de la leche sin grasa y yogurt.

Otros alimentos no lácteos que proveen calcio son nabos (turnips), col rizada (collards), mostaza, una variedad de repollo (kale), sardinas, salmón enlatado y requesón de soya.

Carne, Pescado, Aves o Sustitutos

Se recomienda comer diariamente dos o más porciones de carne magra cocida, pescado o aves. Cuente 2 a 3 onzas como una porción. Sustituya por 1 onza de carne, pescado o aves:

1 huevo
1/2 taza de habichuelas secas, guisantes o lentejas (cocidas)
2 chucharadas de mantequilla de maní
1 onza de queso cheddar
1/4 taza de requesón

Además de proveer proteína, estos alimentos son buenas fuentes de muchos minerales y del complejo de vitamina B. La carne en particular es una fuente rica de hierro.

El grupo de Vegetales y Frutas.

Diariamente se necesitan cuatro o más porciones. Cuente 1/2 taza o un pedazo mediano de una fruta como una porción. Las frutas y los vegetales son fuentes importantes de las vitaminas A y C, de minerales como el potasio y de fibras. Se debe usar diariamente una porción de una buena fuente de la vitamina C o dos porciones de una fuente regular.

Buenas Fuentes: La toronja o el jugo de toronja; naranja o china o el jugo de naranja o china; melón cantalupo; fresas; guayaba fresca; mango o papaya; bróculis; bretoni (brussel sprouts); pimiento verde; pimiento rojo dulce.

Fuentes Regulares: melón (honeydew melon); limón; mandarina o jugo de mandarina; sandía; espárragos; repollo crudo; col rizada (collards); coliflor; berro (water cress); una variedad de repollo (kale); hojas de mostaza; papas y patatas cocidas sin pelar; espinaca; tomates, jugo de tomate; las hojas de nabo (turnip).

El grupo de Pan y Cereales

Se necesitan cuatro o más porciones de pan de grano entero o enriquecido o de cereal. Este grupo es una fuente importante del complejo de Vitamina B y de varios minerales. El pan y los cereales de grano entero son altos en fibras.

Una porción es igual a una tajada de pan o 1/2 taza de cereal, arroz, macarrones cocidos, etc. ó 3/4 taza de casi todos los cereales secos o un bizcochito, panecillo o tortilla pequeña.

Los alimentos en estos cuatro grupos básicos constituyen la base de una dieta balanceada y aseguran que se tendrá una buena nutrición. Puede usar cantidades adicionales de alimentos de estos grupos para completar las comidas y proveer calorías adecuadas.

Otras Condiciones Importantes al Planear las Comidas

La necesidad de ingerir líquido se satisface al tomar agua y bebidas como la leche, jugos de fruta, té, café, y sopas. No tomar suficiente líquido puede resultar en deshidratación y constipación. Es recomendable tomar diariamente un mínimo de 4 a 6 tazas. Un exceso de alimentos altos en grasa y azúcar puede causar que uno gane peso. Balancee la ingestión de calorías con el uso de éstas para mantener un peso normal. Se recomienda la moderación en el uso de sal al preparar la comida.

Ejemplo de un Patrón de Comida

Este es un ejemplo de un patrón de comida. Se deben hacer cambios para satisfacer los requisitos dietéticos de la persona.

Desayuno:

una fruta o jugo de fruta
cereal o leche y/o huevo u otro alimento con proteína
pan/margarina
bebida

Almuerzo:

carne u otro alimento alto en proteína
vegetales (puede ser en ensalada, sopa)
pan u otro producto de grano, margarina
un postre sencillo (una fruta o budín)
bebida, incluyendo leche

Comida:

Carne u otro alimento alto en proteína
papa o sustituto como arroz, fideos, etc.
vegetables verdes o amarillos (algunos pueden estar en la ensalada)
pan y margarina, si uno lo desea
postre (puede ser una fruta o leche o un postre de leche)
bebida, incluyendo leche

Algunos platos combinan varios alimentos en cacerolas y guisados. Los alimentos que se usan en estos platos no han de ser repetidos en la comida. Por ejemplo, una capa de pan que se usa en una cacerola puede sustituir el pan y la mantequilla.

Debe variar los alimentos que ingiere para asegurarse que recibirá la cantidad adecuada de todos los nutrientes que necesita en su dieta. Cada comida debe contener al menos una porción de cada grupo de alimentos.

La variedad en el color, la forma, el sabor y la consistencia puede hacer las comidas más atractivas.

Los Problemas en la Nutrición de los Ancianos y Enfermos

Las necesidades alimenticias no cambian mucho cuando uno avanza en edad, excepto que uno necesita menos calorías. Uno debe tener cuidado para que la persona reciba los nutrientes esenciales sin un exceso de calorías. Es posible que el anciano no coma bien por varias razones. Estos problemas y sugerencias para tratar con los mismos se presentan a continuación.

- Soledad - compartir las comidas con la persona.
- Dismimución en los sentidos del sabor y del olor.
- Poco apetito - prepare 5 ó 6 comidas pequeñas con alimentos de alta calidad (Bebidas altas en proteína y calorías pueden ser más facilmente ingeridas que cantidades grandes de comida. Consulte al médico).
- Problemas para masticar relacionados con la falta de dientes o una dentadura que está mal ajustada. Use carne cocida hasta que esté blanda y carne molida, pescado, huevos, queso y legumbres.
- Cansancio - descandar antes de las comidas puede ser beneficioso.
- Dolor -Sirva las comidas cuando los medicamentos que alivian el dolor han tenido efecto.
- Constipación - Aumente los líquidos en la dieta.
- Cuidado inapropiado de la boca - un

sabor malo en la boca impide el disfrute de la comida (vea la sección sobre el cuidado de la boca)

- Mareo - comer cantidades pequeñas frecuentemente y despacio puede ayudar.

Después de un ataque cerebral, la debilidad facial y los problemas para tragar pueden causar dificultad para tomar jugos y agua. Los líquidos espesos como batidos de leche, atoles, purés, yogurt, sorbete y gelatina pueden ser más fáciles de ingerir.

Cómo Alimentar a Otros

Procedimiento:

- Si es posible, haga que la persona esté sentada lo más erecto posible o que esté en una posición cómoda.
- Tome tiempo para que la comida sea uno de los momentos sobresalientes del día.
- No dé la comida con prisa.
- Sea paciente y comprensivo
- Sea cuidadoso con el tenedor y la cuchara
- Limpie las esquinas de la boca cuando sea necesario.
- No mezcle toda la comida en el plato. Si es necesario, use pajitas y tazas especiales para aprender a tomar.
- Mantenga una conversación amena.
- Cuando ofrezca un vaso o una taza, tiene que tocar los labios.
- Ofrezca a la persona la oportunidad de enjuagar la boca cuando termine de comer.
- Si la persona no puede ver, explique donde está la comida en el plato usando las manecillas de un reloj como indicadores. Por ejemplo, las papas majadas están en la posición de las cinco en punto.
- Si la persona tiene una debilidad facial o parálisis de un lado, dé la comida por el lado bueno.

Dietas Modificadas

Las dietas modificadas son una parte importante del tratamiento para las personas con enfermedades del corazón, de los riñones o del hígado, diabetes y otros problemas de salud. Algunos medicamentos pueden requerir la restricción de algunos alimentos ya que puede haber una interacción entre ambos. Otros medicamentos requieren que una persona ingiera nutrientes específicos. Cualquiera que sea la modificación, la persona debe recibir el alimento básico necesario para mantener o mejorar su estado de salud y aligerar su recuperación y rehabilitación.

A veces el médico prescribe una dieta modificada. Cuando la persona necesita una dieta modificada, el proveedor de cuidado debe recibir una copia de la dieta para usarla de guía cuando va de compra y prepara las comidas. Algunas agencias tienen consultores de nutrición para ayudar a diseñar una dieta terapeuticamente aceptable, basada en lo que le gusta y disgusta a la persona.

Ayude a la persona a seguir la dieta prescrita. Problemas para seguir la dieta deben ser discutidos con el médico del paciente.

El Manejo de la Dieta para Diabetes

Existen dos clases de diabetes:

- **Una que comienza cuando la persona es adulta,** también llamada no dependiente de insulina. El control de peso o la pérdida de peso es a menudo el factor principal en el manejo de la diabetes no dependiente de insulina. La pérdida de peso puede ayudar a que los niveles de azúcar en la sangre de la persona vuelvan a ser normales.
- **Dependiente de insulina** (a veces llamada juvenil). El propósito del tratamiento es establecer un buen control lo que requiere tomar una dosis adecuada de insulina diariamente, seguir la dieta prescrita y comer a intervalos regulares y mantener un patrón regular de ejercicio o actividad.

Las siguientes condiciones pueden darse en el diabético y necesitan la intervención de la persona que ofrece cuidado.

Hipoglicemia (Asociada con los diabéticos que dependen de la insulina):

Causa — dejar de comer alguna comida, comer muy poco, aumento en la actividad física, mucha insulina.

Síntomas — hambre, nerviosidad, irritabilidad, incapacidad para concentrar, dificultad para hablar, temblor. El comienzo es súbito.

Tratamiento — dar a la persona azúcar que pueda absorber rápidamente. Puede comer un dulce o tomar de media a dos tazas de jugo de china o "ginger ale" (cerveza de gengibre).

Hiperglicemia:

Causa — muy poca insulina; no seguir las restricciones de la dieta, infección, enfermedad o tensión.

Síntomas — aumento en la producción de orina, aumento de la sed y pérdida de peso, piel seca. El paciente excreta azúcar y posiblemente acetona en la orina. Eventualmente, de no ser tratada, el paciente sufre de coma.

Tratamiento — reevaluación y modificación médica de la dieta.

Es muy importante que el diabético consuma sus comidas a intervalos regulares. Debe consumir meriendas en la tarde y a la hora de acostarse para prevenir el alza y baja súbita del nivel de azúcar en la sangre. Las meriendas también proveen una fuente más constante de alimento para balancear los efectos de la insulina.

Dieta básica usada por los diabéticos:

Elimine los jarabes, azúcares, miel, salsas dulces, jaleas, compotas, mermeladas, dulces.

Estas restricciones incluyen:

– postres preparados tales como mantecado, bizcocho, pasteles, budín y gelatina

– frutas enlatadas o congeladas con azúcar

– jugos de fruta con azúcar, nectares

– bebidas carbonatadas con azúcar

– ensaladas a las cuales se ha añadido azúcar.

– leche condensada

– galletitas y panecitos dulces

– cereales cubiertos de azúcar

Es importante que la persona que usa insulina consuma alimentos para balancear la insulina que ha tomado. Los carbohidratos que se encuentran en la lista de leche, frutas y pan, son los alimentos más importantes para consumir cuando la dieta usual no es tolerada.

Si se usan los alimentos dietéticos, los mismos deben incorporarse a la dieta del individuo. No deben usarse en adición a las porciones de alimentos regulares permitidos.

Dietas con Restricción de Sodio (baja en sal)

Las dietas con restricción de sodio pueden ser parte de la dieta prescrita para una persona con una condición cardíaca.

A las personas que requieren sólo una pequeña restricción en sodio se les recomienda:

- Usar poca sal al cocinar
- Evitar el uso de alimentos con niveles altos de sodio, tales como:

– carne ahumada o salada - tocineta, boloña, carne cocida, salchicha (hot-dog), jamón, carnes preparadas según el ritual judío usando sal, fiambres, tocino, salchichas, lengua ahumada, carnes enlatadas.

– pescado ahumado o salado - anchovas, caviar, bacalao salado, sardinas, arenques, etc.

– queso procesado o queso blando

– mantequilla de maní regular

– sopas enlatadas, congeladas o deshidratadas

– repollo fermentado (sauerkraut) y otros vegetales preservados en agua salada.

– pan, bollos y galletas cubiertos de sal, palomitas de maíz saladas, papitas fritas, tortillas de maíz fritas, pretzels, etc.

– salsa inglesa, extractos de carne y vegetables, salsa para aderezar los asados, salsa de tomate, sal de pimiento picante, salsa soya, ablandador de carne.

– sal de ajo, cebolla o apio.

A las personas que necesitan una restricción moderadamente baja o estricta de sodio, se les recomienda que:

- Eliminen toda la sal al cocinar
- Limiten o eliminen el pan regular (en las dietas moderadamente bajas en sodio, se recomienda a los individuos que limiten el consumo de pan a 3 ó 4 rebanadas al día.

- Limite la cantidad de leche, huevos, carne.
- Elimine los cereales que se cuecen rápidamente.
- Elimine cereales preparados que contienen sal (todos menos arroz y trigo inflado (puff) y trigo desmenuzado (shredded).
- Use sólo medicamentos prescritos por el médico. Muchas medicinas que se venden sin receta son altas en sodio.
- Lea las etiquetas cuidadosamente para cerciorarse que no tienen sal u otras formas de sodio tales como glutamato monosódico, nitrato de sodio, etc.
- Use limón, hierbas y adobos para que las comidas bajas en sodio tengan sabor y sean apetecibles.

Para cordero - use jalea de menta o ajo

Para cerdo - use compota de manzana, cebolla o salvia

Para pollo - use tarragón, salvia, cebolla, limón, salsa de manzana sin sal, pimentón, salsa de arándanos (cranberry).

Para carne - use pimienta, mostaza seca, pimentón, orégano, etc.

Para zanahorias - use limón, mantequilla, corteza de naranja (china), glazeado de mantequilla/azúcar, eneldo (dill).

Los sustitutos de sal sólo deben usarse con la aprobación del médico. Ya que los sustitutos de sal son altos en potasio, éstos pueden estar contraindicados para algunas personas.

Dieta Alta en Potasio

Algunas personas que toman medicamentos para la presión alta o diuréticos requieren una dieta alta en potasio.

Fuentes ricas de potasio:

– jugo de naranja (china), jugo de ciruelas

– plátanos (guineos), frutas secas (ciruelas, albaricoques, higos, pasas, dátiles)

– nectarines, melón cantalupo, naranja (china), rutabaga, toronja

– papa cocida en su cáscara, guisantes secos, habichuelas secas, vegetales de hoja verde, tomate, calabaza.

– nueces sin sal, aguacate

Dietas Baja en Colesterol

Las dietas baja en colesterol se prescriben para controlar los niveles altos de grasa y colesterol en la sangre.

- Use sólo leche descremada y queso bajo en grasa.
- Use más pescado, pollo, pavo, ternera; limite la carne sin grasa de cordero, res y cerdo a 3 comidas a la semana.
- Evite las carnes de órganos, los mariscos con concha, las carnes grasosas y los postres hechos de leche, crema o huevo que excedan la cantidad permitida.
- Evite la crema, mantequilla, manteca, grasa de las carnes, aceite de coco y aceite de oliva.
- Use aceite vegetal alto en ácidos grasos poli-insaturables, tales como aceite de maíz, aceite de alazor (safflower oil); y margarina que tiene aceite líquido como su principal ingrediente y no aceite parcialmente hidrogenado.

Manejo por Medio de Dieta de las Ulceras del Duodeno

Una dieta blanda, baja en fibra puede ser prescrita para la persona que sufre de úlceras. Estas personas deben:

– comer comidas pequeñas frecuentemente (cada 2 ó 3 horas)

– comer despacio y masticar bien

– evitar comida muy sasonada, alcohol, café y bebidas carbonatadas.

Muchas personas recibirán de sus amigos y familiares sugerencias sobre la dieta. Es importante que las personas que les cuidan estén al tanto de cualquier desviación de la dieta prescrita que pueda cambiar grandemente el tratamiento prescrito por el médico.

Resumen

Esta discusión sobre la forma de ayudarle a ofrecer el cuidado personal debe darle algunos procedimientos e ideas para guiarle en las actividades diarias. Recuerde que su ser querido es un individuo con sus propios deseos y necesidades. No tenga miedo de tratar algo nuevo o de iniciar ideas que trabajen para usted.

Referencias y Lecturas Recomendadas

Smith, D, Smith, G. & Hanley, C.P. (1975). *Care of the adult patient.* New York: J.B. Lippincott Company.

Sorrentino, S.A. (1984). *Mosby's textbook for nursing assistants.* St. Louis: The C.V. Mosby Company.

Will, C.A. & Eighmy, J.B. (1983). *Being a long-term care nursing assistant.* Bowie, MD: Robert J. Brady Co.

Understanding and caring for the person with Alzheimer's disease. (1985). 2nd Edition. Atlanta: Alzheimer's Disease and Related Disorders Association, Inc.

Cooperative Extension Service Bulletin HS-9 (1975), *Family Food: Daily Food Guide,* University of Minnesota

American Red Cross (1979), *Family Health and Home Nursing,* New York: Doubleday and Company, Inc.

Sine, Robert D. (ed) et al (1977) *Principles and Practices of Nursing,* 6th ed., New York; MacMillan and Co.

Sesión 6

Evaluación de la Situación: ¿Qué Traerá el Futuro?

Usted recibió en las sesiones anteriores mucha información para ayudarle a conocer y a apreciar las necesidades reales con las cuales deben tratar las personas que cuidan a otros. Este material fue ofrecido para ayudarle a usted a tratar mejor con su situación. Esta información sólo representa el principio.

¿Qué otra cosa debo conocer o hacer para lograr ser más eficiente, efectivo y competente en mi papel de persona que cuida envejecientes?

Hay que tomar decisiones respecto a las necesidades futuras y los planes de acción. Debe examinar la información ofrecida previamente para determinar lo que pertenece a su situación en particular y para su utilización apropiada. Igualmente importante es el que identifique qué información adicional usted necesita. Debe preguntarse, "¿Qué otra cosa debo conocer o hacer para lograr ser más eficiente, efectivo y competente en mi papel de persona que cuida envejecientes?" Nadie conoce sus necesidades mejor que usted mismo, así que sólo usted puede contestar la pregunta. Al finalizar esta sesión usted estará preparado para buscar y adquirir independiente y confiadamente las estrategias, destreza, servicios y apoyo necesarios para asistirle en su papel de persona que cuida a un envejeciente.

Identificación de las Necesidades

Para ayudarle a aclarar su situación particular y cuál debe ser su próximo paso, presentaremos varios aspectos de posible necesidad, seguidos de preguntas para provocar el pensamiento, aclarar dudas y para discusión. Sea honesto consigo mismo cuando ataque las preguntas, piense tan creativamente como sea posible al desarrollar su método para llegar a la solución.

- **La necesidad de reevaluar las necesidades de la persona a quien usted cuida**

Usted posee ahora información y perspectivas nuevas respecto al envejecimiento, enfermedades, actitudes y expectativas que pueden influir sobre usted para que vea al anciano que recibe su cuidado bajo una luz nueva y diferente. Pregúntese: ¿Cuánto de la conducta de dependencia que presenta mi anciano se debe a la enfermedad o a los achaques y cuánta es una función de su personalidad, hábito o estilo de enfrentarse a las situaciones? ¿Estamos mi familia y yo reforzando su dependencia, cuándo de hecho mi anciano está ansioso y es capaz de ser más independiente? ¿He asumido que existe una enfermedad o achaque o han sido éstos verificados por una evaluación médica y de salud? ¿Existen algunos problemas que pueden ser corregidos si: se hacen cambios en el ambiente que le rodea; se busca cuidado médico o el manejo de ciertas enfermedades, condiciones o síntomas; simplemente se reconoce que los mismos son naturales o inevitables dada la perspectiva del anciano y

se les trata como tales? ¿Se necesita una evaluación médica, psicosocial o de servicios humanos para ayudar a contestar algunas de estas preguntas? ¿Le ha preguntado alguna vez a su anciano cómo él o ella interpreta sus propias necesidades? ¿Ha cambiado su opinión o su actitud hacia la condición de la persona a quien usted cuida desde que comenzó este programa? De ser así, ¿cómo? ¿Qué paso, si alguno, usted va a dar ahora como resultado de sus contestaciones a estas preguntas?

- **La necesidad de apoyo emocional**

Las presiones y tensiones que conlleva el cuidar a envejecientes pueden ser onerosas, a veces abrumadoras, aunque este papel haya sido asumido voluntariamente o adquirido por omisión. Los sentimientos de culpabilidad, terror, frustración, desamparo, coraje o pena son comunes y no deben ser interpretados como señal de debilidad. Muchas veces estos sentimientos son de carácter cíclico o propios de la situación y tienden a resolverse con el pasar del tiempo. En ocasiones llegan a afectar el funcionamiento e interfieren con el diario vivir. Pregúntese: ¿Cuáles son las señales que me indican que tanto yo como la persona a quien cuido hemos llegado a nuestros límites? ¿Qué otras tensiones, además de las propias del cuidar de otro, me están afectando? ¿Cómo afectan mis tensiones a mí, mi familia, mis amigos, mis colegas y a la persona a quien cuido? ¿Paso mucho tiempo llorando, quejándome, sintiéndome triste, inquieto o ansioso? ¿ Le pasa esto a la persona que cuido? ¿Se manifiestan mis tensiones físicamente? ¿Qué hago para aliviar mi tensión? ¿Qué hace la persona que cuido para reducir su tensión? ¿Hay otros miembros de la familia que pueden compartir o comparten de hecho mis responsabilidades por el cuidado de otros? ¿Podríamos beneficiarnos mi familia, el que recibe mis cuidados o yo de algún grupo de apoyo o de los servicios de un consejero o de un programa de salud mental? ¿Cuál será su próximo paso, si alguno, ahora que ha contestado estas preguntas?

- **La necesidad de servicios comunales**

La sesión #4 del curso le ofreció información y guía para identificar y usar varios servicios comunales de ayuda para las personas que cuidan a otros. Pregúntese: ¿Cuáles de los servicios comunales, si alguno, puede ser usado en mi situación? ¿Hay servicios disponibles en mi comunidad? De no ser así, ¿Qué otras alternativas hay? ¿Qué información debo tener a mano al solicitar los servicios que deseo usar? ¿Qué otras alternativas hay en caso que el anciano a quien cuido o yo no podemos ser elegibles para los servicios? ¿Estoy dispuesto a usar los servicios comunales como ayuda para el desempeño de mis responsabilidades como persona que cuida de otra?, ¿Por qué? o ¿Por qué no? ¿Cómo reaccionará el anciano bajo mi cuidado a la presencia de estos servicios comunales como parte de su cuidado? ¿Qué paso, si alguno, usted tomará ahora que ha contestado estas preguntas? Anote sus preguntas, anote los pasos que debe tomar e identifique adonde usted irá para solicitar ayuda.

- **Necesidad de información adicional**

Los tópicos seleccionados para el curso tratan de necesidades genéricas que se asumió por lo general tienen las personas que cuidan de ancianos débiles. Cada uno de los tópicos trata de otros asuntos secundarios que pueden crear nuevas inquietudes, preguntas o puntos de interés para estudiar más a fondo. Pregúntese: ¿Me beneficiaría el obtener información adicional sobre asuntos tales como: cuidado de salud en el hogar para evitar reclusión en una institución; reclusión del anciano en una casa de salud; uso y abuso de los medicamentos; destrezas para la comunicación en la familia; comunicación con la red de cuidados profesionales; aspectos legales del cuidado de envejecientes; seguros de salud y otros derechos; el manejo de ciertas enfermedades, conductas o condiciones; manejo de la tensión y otros tópicos pertinentes y de interés? ¿Adónde iré a buscar esta información? ¿Habrá otras sesiones de adiestramiento para tratar otros asuntos? ¿Hay otros recursos en la biblioteca o material de lectura que puedan ayudarme? ¿Adónde voy para encontrar los mismos? ¿Qué otro paso, si alguno, usted tomará ahora que ha contestado estas preguntas? Anote sus necesidades, anote los pasos que necesita dar para

obtener la información e identifique adonde irá para conseguir ayuda.

- **La necesidad de acción social**

Su necesidad más apremiante puede ser la de desempeñar día a día su tarea como persona que cuida a un envejeciente. Sin embargo, debe recordar que es de suma importancia abogar a niveles locales, estatales, y federales, por el mayor reconocimiento y acción social a favor de las necesidades de los ancianos y las personas que les cuidan. Pregúntese: ¿Quién, además de mis familiares y amigos, debe enterarse de las dificultades y beneficios de cuidar de los ancianos dependientes en la casa? ¿Qué debe decirse a estas personas? ¿Quiénes son los comisionados de servicios humanos, legisladores y personas que interceden por mí? ¿Cómo puedo obtener su atención? ¿Qué paso, si alguno, usted tomará ahora que ha contestado estas preguntas?

Recuerde que su Oficina para Envejecientes local es uno de sus recursos más valiosos. No vacile en usarla.

¿Adónde Ir Ahora?

Al hacerse y contestar las preguntas que le hemos presentado, usted ha empezado el proceso de planificar la acción. Tome el tiempo ahora para convertir sus respuestas a objetivos y para establecer límites de tiempo para lograrlos. Usted ha avanzado mucho y debe ser reconocido por su energía y compromiso. Ahora está listo para identificar y tomar los próximos pasos prácticos.

Recuerde que su Oficina para Envejecientes local es uno de sus recursos más valiosos. No vacile en usarla.

Apéndice 1
Glosario de Términos Nuevos

Acomodación (Accomodation) - La habilidad del lente del ojo para ajustar su forma para ver a varias distancias.

Apoderado (Attorney-in-fact-) - En términos legales, la persona a quien se otorga el mandato (power-of-attorney). Es la persona encargada de asuntos extrajudiciales.

Administrador Judicial (Conservatorship) - En términos legales, la persona designada para manejar la propiedad de otro.

Afasia (Aphasia) - Problema de la comunicación caracterizado por la dificultad de expresar y entender el lenguaje.

Afasia de Broca (Broca's Aphasia) - Condición donde el individuo sabe lo que quiere decir pero no puede encontrar las palabras para expresarse ya sea hablando o escribiendo.

Afasia Global (Global Aphasia) - La pérdida total de la capacidad para usar el habla y el lenguaje.

Afasia de Wernicke (Wernicke's Aphasia) - Condición caracterizada por la dificultad de entender el lenguage hablado o escrito.

Agudeza Visual (Visual Acuity) - La habilidad del ojo para percibir detalles en los objetos que están dentro de la línea directa de visión. La agudeza visual se mide mirando a unas letras uniformadas de varios tamaños que se encuentran en un cartel. La misma se exprese como una proporción (p.e; 20/20).

Aparato Aumentativo para la comunicación (Augmentative Communication Device) - Aparato que permite que las personas que tienen incapacidad severa del lenguaje puedan expresarse, usualmente por medios no-verbales.

Aparato Auxiliar para escuchar (Assistive Listening Device) - Un aparato que ayuda a la persona con impedimentos auditivos a oír mejor al reducir los ruidos de trasfondo.

Aparatos para Visión Pobre (Low Vision Devices) - Cualquier aparato que ayuda a la persona cuya visión es pobre a mejorar su desempeño visual y a ver mejor.

Arteriosclerosis - Enfermedad crónica donde el engrosamiento y endurecimiento de las paredes de las arterias interfieren con la circulación sanguínea.

Audiólogo (Audiologist) - Un practicante de la salud autorizado que se especializa en la evaluación y rehabilitación de los desórdenes de la comunicación asociados con la pérdida de la capacidad auditiva.

Audiómetro (Audiometer) - Instrumento para medir la capacidad auditiva.

Beneficiario (Beneficiary) - La persona que recibe beneficios, tales como bienes o propiedad, como resultado de una póliza de seguros o testamento.

Cataratas (Cataracts) - Opacidad de la lente cristalina del ojo o la de su cápsula o la del humor que existe entre una y otra, que produce ceguera parcial o total.

Ceguera Legal (legal blindnes) - La agudeza visual central en el ojo mejor es de 20/200 o menor aún cuando se use la mejor lente correctiva posible; o un defecto del campo visual donde el diámetro mayor del campo remanente subtiende el ángulo no mayor de 20 grados.

Colostomía (colostomy) - Formación de una abertura artificial temporera o permanente en el colon para efectuar un ano artificial.

Comité (committee) - En términos legales, un grupo de personas designadas para administrar a una persona, a su propiedad o a ambas.

Demencia (dementia) - Deterioro irreversible de las facultades intelectuales acompañado de disturbios emocionales como resultado de un desorden cerebral orgánico.

Demógrafos (demographers) - Científicos sociales que estudian las tendencias sociales.

Diabetes - Enfermedad que deteriora la capacidad del cuerpo para usar los azúcares y causa la presencia anormal de azúcar en la orina.

Disartría (dysarthria) - Desorden del habla causado por debilidad e/o incoordinación de los nervios y músculos que controlan el habla.

Domiciliario (domiciliary) - Vivienda segregada según la edad pero que no tiene orientación hacia el cuidado médico.

Enfermedad de Alzheimer (Alzheimer's disease) - Un síndrome cerebral crónico que produce el 70% de todos los casos de demencia.

Entrenamiento Auditivo (auditory training) - Programa diseñado para mejorar la destreza auditiva.

Esófago (esophagus) - Conducto para los alimentos que se extiende desde la boca hasta el estómago. También llamado gaznate.

Especialistas para Visión Pobre (low vision specialists) -Oftalmólogos u optómetras que se han especializado en los problemas de visión pobre. Hacen un examen de la visión pobre y prescriben los aparatos ópticos adecuados.

Estoma (stoma) - Abertura u orificio que se crea por medio de una cirugía.

Extenuación (burnout) - Situación donde los individuos dedicados a un trabajo se tornan infelices y se distancian emocionalmente de aquellos a quienen deben cuidar.

Fideicomiso entre-vivos (inter-vivos trust) - vea fideicomiso en vida.

Fideicomiso en Vida (living trust) - Fideicomiso que se mantiene activo mientras que la persona que lo crea está viva.

Fiduciario (trustee) - En términos legales, uno que tiene el título legal a una propiedad para administrarla para un beneficiario.

Glaucoma - Enfermedad del ojo caracterizada por presión intraocular elevada, daño al nervio óptico, endurecimiento del globo del ojo y pérdida parcial o total de la visión.

Habla esofágica (esophageal speech) - un método para producir sonido usado por la persona a quien le han extirpado el órgano de la voz.

Hipertensión (hypertension) - Elevación de la presión sanguínea, especialmente la presión diastólica.

Hospicio (hospice) - Un programa de cuidado para la persona extremadamente enferma y sus familiares.

Iliotomía (ilestomy) - La formación de una abertura artificial en el ilio, la división inferior del intestino menor.

Impersonalidad (depersonalization) - Condición donde la persona experimenta la pérdida de la identidad.

Inestabilidad Emocional (emotional lability) - El grado al cual la persona puede expresar y de hecho expresa diferentes emociones.

Lactosa (lactose), - Azúcar de la leche.

Laringe (larynx) - Estructura que contiene las cuerdas vocales, está localizada en la parte del frente del cuello, también conocida como el órgano de la voz.

Laringe Artificial (artificial larynx) - Aparato mecánico activado por pilas que produce sonidos en ausencia del órgano de la voz.

Laringotomía (laryngectomy) - Procedimiento quirúrgico para remover el órgano de la voz (laringe).

Lectura del Habla (speech reading) - El arte de comprender el habla mediante la interpretación de gestos, movimientos de los labios y las expresiones faciales.

Lente (lens) - La porción clara, circular, transparente al frente de la parte exterior del globo del ojo, responsable por la refracción de los rayos de luz.

Mácula - La región pequeña en el centro de la retina. Comprende la parte de visión enfrente mejor delineada, visión de colores y de visión a la luz del día.

Mandato (power-of-attorney) - Documento escrito que autoriza a otra persona a actuar como el agente o apoderado de uno.

Mandante (principal) - En términos legales, la persona que otorga a otro el mandato.

Número diastólico (diastolic number) - El número inferior en una lectura de la presión sanguínea, indica la presión menor de la sangre contra la pared arterial.

Número sistólico (systolic number) - El número superior en una lectura de la presión sanguínea, indica la presión mayor de la sangre contra la pared de un vaso sanguíneo.

Neurópata (neuropath) - Persona sujeta a o afligida por una enfermeda nerviosa funcional; una persona neurótica.

Octogenarios (octogenarians) - Individuos de 80 años de edad o mayores.

Oftalmólogo (ophthalmologist) - Doctor en medicina preparado para diagnosticar y tratar las enfermedades del ojo, puede proveer cuidado total de los ojos.

Operado de la Laringe (laryngectomee) - Persona a quien se le ha removido la laringe parcial o totalmente.

Optómetra (optometrist) - Doctor en optometría que examina los ojos para determinar si hay problemas de salud y visión y puede prescribir lentes o terapia visual para restablecer y mantener la buena visión.

Otorrinolaringólogo (otorhinolaryngologist) - Médico que se especializa en el tratamiento médico de los oídos, nariz, y garganta.

Patólogo del Habla y el Lenguaje. (speech-language-pathologist) -Practicante de la salud autorizado, con preparación a nivel de maestría o doctoral que provee servicios de diagnóstico y tratamiento a personas que tienen problemas del habla, lenguaje y auditivos.

Presbiacusia (presbycusis) - Impedimento auditivo causado por el proceso de envejecimiento.

Prótesis (prosthetic device or prosthesis) - Apárato artificial que se usa para reemplazar una parte o función del cuerpo que se ha perdido.

Rehabilitación Audiológica (audiologic rehabilitation) - Programa diseñado para mejorar las destrezas de comunicación de la persona que tiene impedimentos auditivos.

Retina - La capa más interior del ojo formada por los elementos sensoriales llamados bastoncillos y conos responsable por los detalles, color y visión de día y de noche.

Síndrome Cerebral Agudo (acute brain sindrome) - Delirio causado a menudo por enfermedad o toxicidad debido a drogras.

Síndrome Cerebral Crónico (chronic brain syndrome) - síndromes mentales caracterizados por pérdida generalizada de las funciones intelectuales y la memoria; también conocidos como senilidad.

Síndrome Cerebral Orgánico (organic brain syndrome) - Término genérico que denota síndromes mentales agudos y crónicos.

Teoría de Actividad (activity theory) - Teoría sociológica que sostiene que el anciano se beneficia más si se mantiene activo y ocupado socialmente.

Teoría de Desocupación (disengagement theory) - Teoría sociológica que sostiene que el anciano debe separarse o desocuparse de la sociedad y que se beneficiará más si así lo hace.

Teoría de Reactancia (reactance theory) - Teoría psicológica que sostiene que cuando una persona percibe que su libertad está amenazada, le da coraje y trata de reafirmar su libertad.

Tratamiento con Rayos Laser (laser treatment) - Un rayo diminuto pero concentrado cuyas ondas varían en longitud y se usa como instrumento quirúrgico para tratar la maculopatía diabética, algunos tipos de glaucoma y algunos tipos de degeneración de la mácula.

Testamento en Vida (living will) - Documento donde él(la) firmante estipula que él o ella no desea se le mantenga vivo (a) por medio de aparatos artificiales o de procedimientos extraordinarios, una vez que no exista la posibilidad de restablecerse de una incapacidad física o mental.

Tráquea (trachea) - El gaznate. Conducto de aire entre la laringe y los pulmones.

Ureterotomía (ureterotomy) - La extirpación de la vejiga urinaria que conlleva la apertura de la pared abdominal.

Visión Pobre (low vision) - Disminución de la agudeza visual y/o campos visuales anormales causados por un desorden del sistema visual.

Apéndice 2
Lecturas Adicionales Sugeridas

Libros Escritos Especialmente Para Familiares de Ancianos

Andrus Gerontology Center, University of Southern California *Who Cares?* Ochenta páginas de sugerencias para las personas que cuidan a ancianos. ($7.50 franqueo pagado).

Crichton, J. *The age sourcebook.* New York: Simon & Schuster. Libro de datos que cubre aspectos financieros, médicos y emocionales del proceso de envejecimiento. ($9.95)

Galton, L. (1975). *Don't give up on an aging parent.* New York: Crown Publishers, Inc. Enfasis sobre los problemas médicos. Incluye una discución sobre depresión y senilidad. ($6.95)

Grollman, E. & Grollman, S. (1978). *Caring for your aged parents.* Toronto: Beacon Press. Provee comprensión de los problemas que confronta la familia al tratar de entender al anciano. Escrito de modo conciso, de lenguaje fácil de entender.

Horne, J. *Helping an aged loved one.* (AARP Books, $11.70 miembros, $15.70 no-miembros, franqueo pagado - from Scott, Foresman and Company, 1865 Miner Street, Des Plaines, IL 60016) Libro de referencia todo en uno para los que cuidan de otros.

Nassif, J.Z. *The home health care solution.* New York: Harper & Row. Guía completa para el consumidor sobre atajos, ideas y consejos para economizar en los impuestos ($9.95.)

Ohen, J. & Shelley, F. (1976). *When your parents grow old.* New York: Funk and Wagnalls. Un buen libro práctico de infomación sobre como bregar y ayudar a los padres ancianos ($2.95 libro de bolsillo).

Schwartz, A. (1977). *Survival handbook for children of aging parents.* Chicago: Follett Publishing Company. Discute los cambios que ocurren en el anciano desde un punto de vista optimista. Varios capítulos tratan la reclusión en una institución y alternativas para la vivienda.

Silverstone, B. & Hyman H. (1975). *Your and your aging parent.* New York: Pantheon Books. Excelente libro que trata una variedad de asuntos que los familiares de ancianos deben confrontar. Consejos valiosos sobre como evitar trampas emocionales en la relación de padres e hijos. ($3.95)

Libros Generales Sobre el Envejecimiento

Butler, R. (1975). *Why survive?* Being old in America. New York: Harper and Row. Estudia el modo en que los americanos tratan y perciben a los ancianos. Ganador del premio Pulitzer. ($15.00 - También está disponible en libro de bolsillo.

Comfort, A. (1976). *A good age.* New York: Crown Publishers, Inc. Un libro popular, bien ilustrado escrito por un destacado gerontólogo.

Knopf, O. (1975). *Successful aging: The facts and fallacies of growing old.* New York; Viking Press. Escrito por un psiquiatra de 85 años de edad, el libro discute el retiro y el uso del tiempo libre, las relaciones maritales y de familia y la preparación para la ancianidad. ($8.95).

Punner, M. (1974). *To the good long life.* New York: Universe Books. Presentado de modo que atrae al público en general ($7.95)

Smith, E. D. (1972). *Handbook of aging: For those growing old and those concerned with them.* New York: Barnes and Noble (a division of Harper and Row). Discusión breve de los problemas del envejecimiento, incluyendo el retiro, aflicción, etc.($1.95).

Otras Publicaciones de Interés Para las Personas que Cuidan a Ancianos.

Radke, Linda *The Domestic Screening Kit,* 6730 East McDowell, Suite 104, Scottsdale, AZ 85257

Apéndice 3
Lista para Determinar si su Hogar es Seguro

Use esta lista para lograr que su hogar sea uno más seguro. Si corrige las deficiencias identificadas usted podrá hacer que su hogar sea más seguro y podrá prevenir accidentes.

	SI	NO
¿Tienen barras de manos o barandas todos los escalones y escaleras?	☐	☐
¿Hay iluminación adecuada en todas las escaleras y pasillos?	☐	☐
¿Hay un interruptor eléctrico tanto en la parte de arriba como en la parte de abajo de las escaleras?	☐	☐
¿Están los pasillos y escaleras libres de objetos sueltos o desordenados?	☐	☐
¿Existe un interruptor eléctrico a la entrada de cada habitación?	☐	☐
¿Tiene una linterna, interruptor eléctrico o lámpara al lado de la cama?	☐	☐
¿Están todos los cables eléctricos colocados cerca de las paredes y lejos del camino?	☐	☐
¿Están las alfombras bien afianzadas en las orillas?	☐	☐
¿Están las alfombras lisas y libres de dobleces, arrugas?	☐	☐
¿Tiene una lista de teléfonos de emergencia junto al teléfono?	☐	☐
¿Bomberos, Policía, Emergencia, Ambulancia?	☐	☐
¿Están las medicinas marcadas claramente? ¿Nombre de la medicina, fecha en que se compró, cómo debe tomarse, cuándo debe tomarse?	☐	☐
¿Tiene una superficie no resbaladiza en el piso de la bañera o ducha? ¿Tiene tiras o alfrombras de goma no resbaladizas?	☐	☐
¿Tiene barras de mano adecuadas para entrar y salir de la ducha o bañera?	☐	☐

- organice el espacio para que ofrezca orientación, información y seguridad.
- Presente los mensajes ambientales usando cosas para llamar la atención que sean redundantes, señales y colores.
- Identifique los linderos usando diferentes colores y/o texturas.
- Provea iluminación más intensa para ciertas actividades sin que aumente el resplandor.

Apéndice 4
Información Sobre la Persona que Recibe el Cuidado

Use esta página para anotar cualquier información que usted necesite para brindar el cuido.

Condiciones Médicas Especiales: _____

_____

_____

_____

Tipo sanguíneo: _____

Personas a Quienes Llamar en Caso de Emergencia: _____

Teléfono: _____

o llame a: _____

Teléfono: _____

Doctor: _____ Doctor: _____

Teléfono: _____ Teléfono: _____

Doctor: _____ Doctor: _____

Teléfono: _____ Teléfono: _____

Farmacia: _____ Farmacia: _____

Teléfono: _____ Teléfono: _____

Clínica (hospital): _____ Clínica (hospital): _____

Teléfono: _____ Teléfono: _____

Información sobre el Seguro: _____

_____

Número de Medicare: _____

Número de Medicaid: _____

Otro Seguro Médico: _____

Nombre, Dirección: _____

Número de Póliza: _____

Apéndice 5
Anote los medicamentos

Anote los medicamentos que usa la persona y las instrucciones para el uso adecuado.

■ Nombre del Medicamento: _____

Doctor que lo prescribió: _____ Fecha de la prescripción: _____

Para que se usa el medicamento: _____

Color: _____ Forma: _____

Aspecto: _____ Intensidad: _____

Cuándo y cómo debe ser tomado: _____ Cuánto debe tomar: _____

Por cuanto tiempo debe tomarla: _____

Drogas que deben evitarse: _____

Alimentos que deben evitarse: _____

Posibles efectos secundarios: _____

Otras precauciones _____

■ Nombre del Medicamento: _____

Doctor que lo prescribió: _____ Fecha de la prescripción: _____

Para que se usa el medicamento: _____

Color: _____ Forma: _____

Aspecto: _____ Intensidad: _____

Cuándo y cómo debe ser tomado: _____ Cuánto debe tomar: _____

Por cuanto tiempo debe tomarla: _____

Drogas que deben evitarse: _____

Alimentos que deben evitarse: _____

Posibles efectos secundarios: _____

Otras precauciones _____

Anote los medicamentos

Anote los medicamentos que usa la persona y las instrucciones para el uso adecuado.

■ Nombre del Medicamento: _____

Doctor que lo prescribió: _____ Fecha de la prescripción: _____

Para que se usa el medicamento: _____

Color: _____ Forma: _____

Aspecto: _____ Intensidad: _____

Cuándo y cómo debe ser tomado: _____ Cuánto debe tomar: _____

Por cuanto tiempo debe tomarla: _____

Drogas que deben evitarse: _____

Alimentos que deben evitarse: _____

Posibles efectos secundarios: _____

Otras precauciones _____

■ Nombre del Medicamento: _____

Doctor que lo prescribió: _____ Fecha de la prescripción: _____

Para que se usa el medicamento: _____

Color: _____ Forma: _____

Aspecto: _____ Intensidad: _____

Cuándo y cómo debe ser tomado: _____ Cuánto debe tomar: _____

Por cuanto tiempo debe tomarla: _____

Drogas que deben evitarse: _____

Alimentos que deben evitarse: _____

Posibles efectos secundarios: _____

Otras precauciones _____

■ Nombre del Medicamento: _____

Doctor que lo prescribió: _____ Fecha de la prescripción: _____

Para que se usa el medicamento: _____

Color: _____ Forma: _____

Aspecto: _____ Intensidad: _____

Cuándo y cómo debe ser tomado: _____ Cuánto debe tomar: _____

Por cuanto tiempo debe tomarla: _____

Drogas que deben evitarse: _____

Alimentos que deben evitarse: _____

Posibles efectos secundarios: _____

Otras precauciones _____

■ Nombre del Medicamento: _____

Doctor que lo prescribió: _____ Fecha de la prescripción: _____

Para que se usa el medicamento: _____

Color: _____ Forma: _____

Aspecto: _____ Intensidad: _____

Cuándo y cómo debe ser tomado: _____ Cuánto debe tomar: _____

Por cuanto tiempo debe tomarla: _____

Drogas que deben evitarse: _____

Alimentos que deben evitarse: _____

Posibles efectos secundarios: _____

Otras precauciones _____

Apéndice 6

Oficina para los Envjecientes del Estado de Nueva York, 2 Empire State Plaza, Albany, NY 12223, 1-800-342-9871.

Oficinas para los Envjecientes locales del Estado de Nueva York.

Albany Co. Department for the Aging, 112 State St., Rm. 710, Albany, NY 12207 (518) 447-7180

Allegany Co. Office for the Aging, 17 Court St., Belmont, NY 14813 (716) 268-9390

Broome Co. Office for the Aging, Co. Office Bldg., Government Plaza, Binghamton, NY 13902 (607) 772-2411

Cattaraugus Co. Dept. for the Aging, 255 N. Union St., Olean, NY 14760 (716) 375-4114

Cayuga Co. Office for the Aging, 160 Genesee St. Auburn, NY 13021 (315) 253-1226

Chautauqua Co. Office for the Aging, Hall R. Clothier Bldg., Mayville, NY 14757 (716) 753-4471

Chemung Co. Office for the Aging, 425 Pennsylvania Ave., Elmira, NY 14904 (607) 737-5520

Chenango Co. Area Agency on Aging, Co. Office Bldg., 5 Court St., Norwich, NY 13815 (607) 335-4624

Clinton Co. Office for the Aging, 137 Margaret Street, Plattsburgh, NY 12901 (518) 565-4620

Columbia Co. Office for the Aging, 71 North 3rd St., Hudson, NY 12534 (518) 828-4258

Cortland Co. Office for the Aging, Co. Office Bldg., 60 Central Ave., PO Box 5590, Cortland, NY 13045 (607) 753-5060

Delaware Co. Office for the Aging, 6 Court St., Delhi, NY 13753 (607) 746-6333

Dutchess Co. Office for the Aging, 488 Main St., Poughkeepsie, NY 12601 (914) 431-2465

Erie Co. Dept. of Senior Services 95 Franklin St., Erie Co. Office Bldg., Buffalo, NY 14202 (716) 846-6046

Essex Co. Office for the Aging, Elizabethtown, NY 12932 (518) 873-6301, Ext. 370

Franklin Co. Office for the Aging, Co. Court House, 89 West Main St., Malone, NY 12953 (518) 483-6767

Fulton Co. Office for the Aging, One East Montgomery St., Johnstown, NY 12095 (518) 762-0650

Genesee Co. Office for the Aging, Batavia-Genesee Senior Center, 2 Bank Street, Batavia, NY 14020 (716) 343-1611

Greene Co. Dept. for the Aging, 19 S. Jefferson Ave., Catskill, NY 12414 (518) 943-5332

Hamilton See Warren/Hamilton

Herkimer Co. Office for the Aging, Co. Office Bldg., Mary St., Herkimer, NY 13350 (315) 867-1121

Jefferson Co. Office for the Aging, 1240 Coffeen St. (Lower Level) Watertown, NY 13601 (315) 782-1075

Lewis Co. Office for the Aging, Lewis Co. Office Bldg. PO Box 408 Lowville, NY 13367 (315) 376-5313

Livingston Co. Office for the Aging, Livingston Co. Campus, Bldg 1, Mt. Morris, NY 14510 (716) 658-2881, Ext. 18, 29, 41

Madison Co. Office for the Aging, Box 250, Rt. 20, Morrisville, NY 13408 (315) 684-9424

Monroe Co. Office for the Aging, 375 Westfall Rd., Rochester, NY 14620 (716) 274-7800

Montgomery Countywide Office for the Aging, PO Box 191, Amsterdam, NY 12010 (518) 843-2300

Nassau Co. Department of Senior Citizen Affairs, 222 Willis Ave., Mineola, NY 11501 (516) 535-5814

Niagara Co. Office for the Aging, Switzer Bldg., 100 Davison Rd., Lockport, NY 14094 (716) 439-6044

Oneida Co. Office for the Aging, Co. Office Bldg., 800 Park Ave., Utica, NY 13501 (315) 798-5771

Onondaga Metropolitan Commission on Aging, Civic Center, 10th Floor, 421 Montgomery St., Syracuse, NY 13202 (315) 425-2362

Ontario Co. Office for the Aging, 120 N Main St., Canandaigua, NY 14424 (716) 396-4041

Orange Co. Office for the Aging, 60 Erie St., 3rd Floor, Goshen, NY 10924 (914) 294-5151 Ext. 1560

Orleans Co. Office for the Aging, Orleans Co. Admin. Bldg., 14016 Route 31, Albion, NY 14411 (716) 589-5673 or 7004 Ext.191

Oswego Co. Office for the Aging, Co. Office Complex, 70 Brunner St., PO Box 3080, Oswego, NY 13126 (315) 349-3484

Otsego Co. Office for the Aging, Co. Office Bldg., Cooperstown, NY 13326 (607) 547-4233

Putnam Co. Office for the Aging, 110 Old Route 6, Bldg. A, Carmel, NY 10512 (914) 225-1034

Rensselaer Co. Dept. for the Aging, 1700 7th Ave., Troy, NY 12180 (518) 270-2730

Rockland Co. Office for the Aging, Bldg. B, Health & Social Services Complex, Pomona, NY 10970 (914) 354-0200 Ext. 2100

St. Lawrence Co. Office for the Aging, Co. Office Bldg., Canton, NY 13617 (315) 379-2204

Saratoga Co. Office for the Aging, South Street School, South St., Ballston Spa, NY 12020 (518) 885-2212

Schenectady Co. Office for the Aging, 117 Nott Terrace, Schenectady, NY 12308 (518) 382-8481

Schoharie Co. Office for the Aging, 122 E. Main St., Cobleskill, NY 12043 (518) 234-4219

Schuyler Co. Office for the Aging, 336-338 W. Main St., Montour Falls, NY 14865 (607) 535-7108

Seneca Co. Office for the Aging, PO Box 480, Seneca Falls, NY 13148 (315) 568-5893

Steuben Co. Office for the Aging, County Rte. 113, Bath, NY 14810 (607) 776-7651

Suffolk Co. Office for the Aging, 65 Jetson Lane, Central Islip, NY 11722 (516) 348-5313

Sullivan Co. Office for the Aging, 100 North St., New Co. Government, Monticello, NY 12701 (914) 794-3000

Tioga Co. Office for the Aging, 231 Main St., Owego, NY 13827 (607) 687-4120

Tompkins Co. Office for the Aging, 320 N. Tioga St., Ithaca, NY 14850 (607) 274-5450

Ulster Co. Office for the Aging, 240-244 Fair ST., PO Box 1800, Kingston, NY 12401 (914) 331-9300 Ext. 578

Warren/Hamilton Counties Offices for the Aging, Warren Co. Municipal Center, Lake George, NY 12845 (518) 761-6347

Washington Co. Office for the Aging, PO Box 58, Whitehall, NY 12887 (518) 499-2468

Wayne Co. Office for the Aging, PO Box 7336, Rte. 31 W. Lyons, NY 14489 (315) 946-5624

Westchester Co. Office for the Aging, 214 Central Ave., White Plains, NY 10606 (914) 682-3000

Wyoming Co. Office for the Aging, 76 N. Main St., Warsaw, NY 14569 (716) 786-8833

Yates Co. Area Agency on Aging, 5 Collins Ave., Penn Yan, NY 14527 (315) 536-2368

New York City Department for the Aging, 2 Lafayette Street, New York, NY 10007 (212) 577-0848, Reduced Fare Program 577-0819

St. Regis Mohawk Office for the Aging, St. Regis-Mohawk Indian Reservation, Hogansburg, NY 13655 (518) 358-2272 Ext. 221

Seneca Nation of Indians Office for the Aging, 1500 Rte. 438 Irving, NY 14081 (716) 532-5778

Apéndice 7

Anote otros números de teléfono según sea necesario. Números de Teléfonos de otros Recursos Disponibles: (Libres de tarifa en el Estado de New York)

Abuso de Drogas y Alcohol:

Línea Directa de Alcoholismo 1-800-ALCALLS
Información y Referido en Caso de abuso de Drogas 1-800-462-4347

Ayuda a Personas Incapacitadas:

Intercesión para el que sufre de Incapacidades del desarrollo 1-800-462-4347
Número de Emergencia para Sordos 1-800-342-4357
Biblioteca para Ciegos 1-800-342-3688

Servicios:

Línea directa de la Oficina para los Envejecientes del Estado de New York 1-800-342-9871
Línea de Información del Departamento de Servicios Sociales 1-800-342-3715
Línea Directa del Cáncer - Linea Directa "Deje de Fumar" 1-800-4CANCER
Línea Directa para Protección del Ingreso (Income Maintenance) 1-800-525-2521
Línea Directa de Violencia Familiar 1-800-942-6906
(Español) 1-800-942-6908
Organización de Revisión por Iguales del Estado de New York (NYS Peer Review Organization - que estudia las decisiones que toman los hospitales bajo Medicare) 1-800-331-PROS
Seguro Farmacéutico para los Envejecientes (Elderly Pharmaceutical Coverage Insurance-EPIC) 1-800-332-EPIC

Energía:

Línea Directa de la Oficina de Energía de New York 1-800-342-3722
Línea Directa de Emergencia de la Comisión de Servicio Público (desconectación, negación de servicio) 1-800-342-3355
Línea de Ayuda (quejas, cobros por el servicio de: gas, electricidad, teléfono) 1-800-342-3377

Oficina para los Envejecientes local: _____

_____ Teléfono: _____

Nombre: _____

_____ Teléfono: _____

Nombre: _____

_____ Teléfono: _____

Nombre: _____

_____ Teléfono: _____

Nombre: _____

_____ Teléfono: _____

Nombre: _____

_____ Teléfono: _____